

Jueves 27 de octubre de 2016

N° 8871

Acta de la sesión ordinaria número 8871, celebrada por la Junta Directiva de la Caja Costarricense de Seguro Social, a las nueve horas del jueves 27 de octubre de 2016, con la asistencia de los señores: Presidenta Ejecutiva, Dra. Sáenz Madrigal; Directores: Dr. Fallas Camacho, Licda. Soto Hernández, Dr. Devandas Brenes, Sr. Loría Chaves, Lic. Gutiérrez Jiménez, Ing. Alfaro Murillo, Lic. Alvarado Rivera; Subauditor, Lic. Ólger Sánchez Carrillo; y Lic. Alfaro Morales, Subgerente Jurídico. Toma el acta Emma Zúñiga Valverde.

El Director Barrantes Muñoz informó que no estará presente en esta sesión. Disfruta de permiso sin goce de dietas.

#### **ARTICULO 1°**

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

#### **ARTICULO 2°**

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

**I. “Comprobación de quórum.**

**II. Aprobación agenda.**

**III. Homenaje al Dr. Enrique Obregón Valverde:** junto con otros legisladores –y siendo él Diputado- tuvo una participación fundamental en el desarrollo de la propuesta de la obligatoriedad de la extensión, a toda la población, del Régimen de Enfermedad y Maternidad, que fue mediante la Ley N° 2738, Universalización de los servicios médicos de la CCSS a toda la población, en 1961.

Lo acompañan sus hijos: Manuel, Miguel y Kattia Obregón.

**IV. Correspondencia.**

**V. Gerencia Médica.**

***Asuntos para decisión:***

a) **Oficio N° GM-SJD-20695-2016:** Política Institucional para la atención integral de la persona adulta mayor en la Caja Costarricense de Seguro Social.

b) **Oficio N° GM-SJD-20670-2016,** de fecha 21 de octubre de 2016: propuesta de redimensionamiento de la Torre Quirúrgica del Hospital San Juan de Dios.

c) **Oficio N° GM-SJD-20670-2016** de fecha 21 de octubre de 2016: propuesta de beneficios para estudio para el Dr. Gabriel Carvajal Valdy, para realizar estancia

formativa en tratamiento invasivo del dolor por cáncer, del 1° de diciembre del 2016 al 01 de diciembre del 2017, en el Instituto de Cancerología de L'ouest Francia.

- d) Oficio N° GM-SJD-20671-2016:** Informe Desempeño de las Áreas de Salud Montes de Oca, Curridabat y San Juan – San Diego- Concepción, administradas por UNIBE.

***Asuntos informativos:***

- e) Oficio N° GM-SJD-20672-2016** de fecha 21 de octubre de 2016: presentación de los resultados del estudio sobre situación de la adolescencia en la Educación Secundaria de Costa Rica.
- f) Oficio N° GM-SJD-20676-2016:** Informe Internado Rotatorio en la Caja Costarricense de Seguro Social.

**g) Proyectos de ley:**

- i. ***Expediente N° 20.101, Proyecto BENEMERITAZGO DEL HOSPITAL NACIONAL DE NIÑOS "DR. CARLOS SÁENZ HERRERA".*** Se traslada a Junta Directiva la nota número PE-63847-2016, fechada 21 de los corrientes, suscrita por la Jefe de Despacho de la Presidencia Ejecutiva: se anexa la comunicación número CJNA-1828-2016, de fecha 20 de octubre del año 2016, suscrita por la licenciada Ana Julia Araya Alfaro, Jefa de Área, Comisión Permanente Especial de Juventud, Niñez y Adolescencia de la Asamblea Legislativa. ***Se externa criterio en oficio N° GM-SJD-20675-2016 del 21-10-16.***

***Solicita prórroga 15 días hábiles para emitir criterio***

- ii. ***Expediente N° 19.599, Proyecto "PARA QUE SE REFORME INTEGRALMENTE LA LEY QUE CREA LA REGIÓN DE HEREDIA, N° 7775 DEL 29 DE ABRIL DE 1998".*** Con la atenta solicitud de que se externe criterio, *para la sesión del 27 de octubre del presente año*, le adjunto copia de Se traslada a Junta Directiva la nota número PE-63824-2016, fechada 19 de los corrientes, suscrita por la Jefe de Despacho de la Presidencia Ejecutiva: se anexa la comunicación de 18 de octubre en curso, número CH-123-2016, que firma la licenciada Ana Julia Araya Alfaro, Jefa de Área de la Comisión Permanente de Asuntos Sociales de la Asamblea Legislativa. ***En oficio N° GM-SJD-20850-2016 del 26-10-2016.***

**VI. Gerencia de Infraestructura y Tecnologías:**

***a) Contratación administrativa: para decisión.***

- a.i** Propuesta declaratoria de infructuosa licitación pública 2015LN-000001-4402: ***adquisición de terreno para la construcción y equipamiento del Centro de Almacenamiento y Distribución de la CCSS.*** (Ref.: GIT-4066-2016), ***se solicitó***

*información complementaria en el artículo 21° de la sesión N° 8869 del 20-10-2016.*

b) **Asunto informativo: 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).

c) **Proyecto de ley: se externa criterio**

i. **Expediente N° 19.478, texto sustitutivo** Proyecto “**LEY DE DESARROLLO DE OBRA PÚBLICA CORREDOR VIAL SAN JOSÉ-HEREDIA MEDIANTE FIDEICOMISO**”. Se traslada a Junta Directiva la nota número PE-63836-2016, fechada 20 de los corrientes, suscrita por la Jefe de Despacho de la Presidencia Ejecutiva: se anexa la comunicación número CH-114-2016, de fecha 19 de octubre del año 2016, suscrita por la licenciada Ana Julia Araya Alfaro, Jefa de Área, Comisión Permanente de Asuntos Sociales de la Asamblea Legislativa. *Se solicitó criterio con las Gerencias Pensiones y de Infraestructura y Tecnologías coordinar lo correspondiente y remitir el criterio unificado. En oficio N° GIT-4708-2016 del 26-10-2016, emite criterio.*

## VII. Gerencia Administrativa.

## VIII. Gerencia Financiera.

### *Asuntos informativos:*

a) **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*.

b) **Oficio N° GF-54.224-2106** de fecha 26 de setiembre de 2016: informe general de avance del “*Plan de Innovación para la mejora de la Gestión Financiera, Administrativa y Logística*”.

## IX. Gerencia de Logística: asunto para decisión:

a) **Oficio N° GL-44.476-2016** de fecha 11 de octubre de 2016: **atención artículo 8°, sesión N° 8852 de 30-06-2016:** informe acciones realizadas en relación con la denuncia (documento falso) presentada por la empresa Enhmed S.A, en contra de la empresa Instrumental Médica y Dental de Centroamérica S. A. (Ref.: Licitación pública N° 2015LN-000028-05101)

## X. Gerencia de Pensiones:

a) *Se solicitó información complementaria en la sesión del 13-10-16, N° 8868, artículo 10°:* **oficio N° GP-60.745-2016** de fecha 31 de agosto de 2016: remisión nota técnica

Seguro de Invalidez, Vejez y Muerte, Estimación del impacto financiero de incrementar la prima de financiamiento en un punto porcentual.

**XI. Comisión Administrativa Financiera:**

- a) **Oficio N° 60.652**, fechado 13 de octubre del 2016: atención artículo 3° de la sesión N° 8739 del 24-09-2014: resultados de la revisión de las metodologías de razonabilidad de precios de los procedimientos de compras promovidas por la Institución.

**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.

*Asuntos informativos:*

- b) **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.**
- c) **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.

**d) Dirección de Planificación Institucional: asuntos para decisión.**

- e.1 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.*

- e.2 Oficio N° DPI-186-16**, de fecha 18 de abril del año 2016: informe ejecutivo del IGIS “Índice de gestión Institucional período 2013-2015” (Ref.: PE-55833-16); se atiende la solicitud del Director Barrantes Muñoz.

#### **XIV. Propositiones y asuntos varios de los señores Directores.**

##### **A) Planteamientos Director Barrantes Muñoz:**

##### **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 N° 55.838 de la Presidencia Ejecutiva.

Mediante el oficio 10 de octubre del año 2016, N° 60.645, dirigido a todos los Gerentes, la Presidenta Ejecutiva les solicita presentar el informe en un plazo de quince días; la Gerencia Administrativa coordina la presentación del informe unificado.

- 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*.

Mediante la nota del 10 de octubre del año 2016, N° 60.646, dirigido a la Gerente Médico, al Gerente Administrativo y al Director de Planificación Institucional, la Presidenta Ejecutiva les solicita presentar el informe unificado en un plazo de quince días; coordina lo correspondiente la Gerencia Médica.

- 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.

Mediante el oficio del 10 de octubre del año 2016, N° 60.647, dirigido a las Gerentes Médico, de Infraestructura y Tecnologías, y Logística, y a los Gerentes

Administrativo, Financiero y de Pensiones, la Presidenta Ejecutiva les solicita presentar el informe unificado en un plazo de veintidós días; la Gerencia de Infraestructura y Tecnologías coordina la unificación del informe.

- f) Presentación a Junta Directiva de la propuesta final ajustada de Proyecto de torre Quirúrgica del Hospital San Juan de Dios.

Mediante la nota 10 de octubre del año 2016, N° 60.648, dirigido a la Gerente Médico y a la Gerente de Infraestructura y Tecnologías, la Presidenta Ejecutiva les solicita presentar el informe unificado, con la brevedad posible; la Gerencia Médica coordina la unificación del informe.

- 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.

Mediante el oficio 10 de octubre del año 2016, N° 60.649, dirigido al Gerente Financiero, la Presidenta Ejecutiva le solicita presentar el informe con la brevedad posible.

- 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.

Mediante el oficio 10 de octubre del año 2016, N° 60.650, dirigido a la Gerente Médico, Presidenta Ejecutiva le solicita la atención de este asunto, conforme corresponda y que se presente el informe a la Junta Directiva.

- 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.

Mediante el oficio del 10 de octubre del año 2016, dirigido al Gerente Administrativo, N° 60.651, Presidenta Ejecutiva le solicita presentar el informe, con la brevedad posible.

- 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.
- 9) Instruir a las Gerencias Médica, Financiera y de Infraestructura y Tecnología, para que establezcan y ejecuten las acciones y disposiciones necesarias, que garanticen que las bases de datos personales EDUS y SICERE cumplan con lo establecido en la Ley de Protección de datos personales.

**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 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:
  - 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.

**D) Planteamiento Directora Alfaro Murillo:**

- d.1. Informe COMISCA.
- d.2 Agentes del INS.

**E) Planteamiento Director Loría Chaves:**

- e.1. Clasificación del Área de Salud de Goicoechea 2, en resguardo de los acuerdos de Junta Directiva.
- e.2. Conocimiento del protocolo de readaptación laboral aprobado por la Gerencia y sus impactos.

**F) Directores Devandas Brenes, Gutiérrez Jiménez y Barrantes Muñoz:**

Solicitud para que se presente el informe en relación con el internado universitario y el tema de los médicos especialistas”.

Ingresan al salón de sesiones el doctor Manuel Obregón Valverde y sus hijos: Manuel, Miguel y Kattia Obregón López.

Ingresan al salón de sesiones la Gerente Médico, doctora María Eugenia Villalta Bonilla; la Gerente de Logística, ingeniera Dinorah Garro Herrera; la Gerente de Infraestructura y Tecnologías, arquitecta Gabriela Murillo Jenkins; el Gerente Administrativo, licenciado Ronald Lacayo Monge; el Gerente Financiero, licenciado Gustavo Picado Chacón, y el Gerente de Pensiones, licenciado Jaime Barrantes Espinoza.

**ARTICULO 3º**

Se procede al homenaje al Dr. Enrique Obregón Valverde, quien, junto con otros legisladores –y siendo él Diputado- tuvo una participación fundamental en el desarrollo de la propuesta de la obligatoriedad de la extensión, a toda la población, del Régimen de Enfermedad y Maternidad,

que fue mediante la Ley N° 2738, Universalización de los servicios médicos de la CCSS a toda la población, en 1961.

La señora Presidenta Ejecutiva les da la bienvenida y dirige estas palabras:

“Hoy queremos hacer un alto en el camino para rendir un homenaje sencillo, pero lleno de gratitud a un HOMBRE BUENO, TRABAJADOR, HONESTO, un intelectual.

Don Enrique Obregón Valverde es una persona sensible que tuvo la visión y la preocupación de que la Caja Costarricense de Seguro Social tuviera continuidad y la permanencia que posee 75 años después de aquel gran pacto social y político que suscribieron los representantes de la Iglesia Católica, el Gobierno de la República y el Partido Comunista”.

Seguidamente, el Director Devandas Brenes expresa:

“Dicen quienes saben de estas cosas que estamos hechos de polvo de estrellas y que existen en el universo más estrellas que granos de arena en nuestro planeta. Se nos habla de un universo finito, pero sin límite y de la existencia no de uno sino múltiples universos. En ese mundo de incógnitas surgió esta singularidad a la cual denominamos vida, sin saber tampoco en que consiste.

Si somos producto de la casualidad o de un diseño preestablecido sigue siendo un misterio, frente al cual no tenemos más opción que inclinar la frente con humildad y respeto.

Desde la sicología se nos dice que debemos encontrar, más que buscar, el sentido de la vida. Dentro de la singularidad de la vida somos singulares.

Trabajamos y producimos para hacer posible la vida. Entregamos en esos procesos nuestra propia vida para impulsar su desarrollo y aunque a primera vista parezca simple, ese, considero es el verdadero sentido de la vida, hacerse posible, expandirse, pensarse a sí misma en todas sus manifestaciones.

Triste es reconocer que en muchos casos nos equivocamos y pensando en defender la vida atentamos en su contra y promovemos la muerte. “dejad que los muertos entierren a sus muertos”, nos enseñó Jesús llamándonos a comprometernos con la vida.

Un compromiso nada fácil. No se trata de entender la vida como un hecho aislado. Aferrándose al viejo refrán de “primero mis dientes y después mis parientes”, sino entendiéndonos como un todo indisoluble con los demás y con el universo.

Y eso, don Enrique nos ha enseñado usted, con su propia vida. Tuve la fortuna de compartir varias horas de mi juventud con usted y de recibir sus enseñanzas y debo reiterarle mi agradecimiento por haberme guiado a comprometerme con el camino de la vida, siempre como una aspiración a la que espero no faltarle.

Se conservan en los archivos de la Asamblea Legislativa el folio, membretado con el sello de su bufete de abogado, en el cual propuso la reforma constitucional que iba a convertir a nuestro país, si no en el primero, en uno de los primeros en lograr la universalización del

seguro social, público y solidario. La reforma por usted propuesta y lograda nos ayudó a seguir convirtiéndonos en un país diferente respetuoso de la paz y de la vida. No salió el artículo 177 de la manera que usted lo quiso, garantizando la financiación mediante un porcentaje del producto interno bruto, y ciertamente como usted lo predijo no son pocas las dificultades surgidas para lograr el financiamiento cabal y dar cobertura a los muchos y crecientes retos que la atención de la enfermedad y de la salud demandan.

Pero ese es precisamente el reto de la vida, resolver un problema para abrir el espacio a nuevos y más inquietantes problemas, la humanidad es siempre un proyecto abierto, un horizonte una marcha en la que todos de manera consciente debemos asumir un compromiso.

En nombre del movimiento sindical y de todos los trabajadores del país que tengo el honor de representar en esta Junta Directiva, le digo muchas gracias don Enrique por su impulso a la construcción de humanidad, muchas gracias don Enrique por haber hecho de su vida un compromiso con la vida”.

Manifiesta el Director Gutiérrez Jiménez que don Enrique Obregón y el son abogados. El Dr. Obregón siempre ha sido un ejemplo de vida, pero las nuevas generaciones no lo han hecho tan bien. “Las canas que don Enrique peina”, demuestran que habría que hacer muchos cambios y él critica mucho la generación de esta época, porque no han tenido las visiones que ellos tuvieron y les ha correspondido una gran herencia. Repite, pero no han sido tan buenos en remontar en muchos casos, lo hecho por don Enrique. Los héroes son las personas que salen de la media y trascienden y don Enrique ha trascendido. Quiere agradecerle en nombre del sector privado y de él, quien ha sido una persona que por diez años ha estado en esta Junta Directiva y cree en la Caja y estima que la diferencia en este país, es la Caja y la Institución es la diferencia con la paz social. Cuando se observan, por ejemplo, todos los esfuerzos del Presidente Obama en los Estados Unidos, para tratar de lograr solucionar los temas de seguro y de la sanidad y los problemas de salud y no se logran establecer y una persona no tiene un seguro se “muere”. Entonces, cuando se les pone “rostro humano” a todos esos aspectos, se determina que la diferencia de quienes visionaron y de quienes tuvieron ese proyecto de vida hacia atrás, hoy día es a quienes se les debe agradecer, porque tuvieron, precisamente, una proyección diferente a los que muchos de estas nuevas generaciones han tenido. Cuando observa la política barata, donde se pone de por medio un tema político en lugar de la salud, en lugar del ser humano, en lugar de que las personas estén mejor, se determina que se tiene que aprender mucho de personas como don Enrique Obregón. De nuevo, gracias por ponerle un “rostro humano” a todo lo que hizo y gracias por darnos una Caja de esta naturaleza. Es una lástima que no se haya entendido de que el financiamiento, en algún momento lo solicitó, porque le iba a dar la sostenibilidad financiera a la Institución, ya que hoy en día, uno de los retos más grandes que tiene la Caja es su gestión, es decir, que se tiene que empezar a entender que se tiene que gestionar diferente y el segundo, es un tema financiero que podría haber estado solucionado de haberse aprobado lo que don Enrique quería. Las acciones del Dr. Obregón no solo fueron con ética y moral, sino que dio su mejor esfuerzo y por ese aspecto trascendió y es un héroe.

Por su parte, el Director Fallas Camacho se une a las palabras de los señores Directores. Comenta brevemente algunos “dolores de cabeza” que en la Caja tuvieron con esa decisión, porque les correspondió enfrentar un mandato constitucional y legal en el año 1961. Casi 10 años

después, se tenía la obligación de dar una cobertura del seguro universal a los costarricenses. Resulta que en la Institución estaban “desarmados”, prácticamente, frente a los retos que hoy en día sigue teniendo esta Institución y había un mandato legal que cumplir. Sin duda alguna esta Institución, en aquel momento tuvo la oportunidad de contar con personal muy comprometida y la idea de don Enrique Obregón se defendía públicamente y, también, en privado, de la cobertura a los niños, a las esposas, a los parientes, entre otros aspectos. Extender aquella cobertura trajo a las autoridades de la Institución, gran preocupación frente a una situación de tener que asumir, esa responsabilidad, porque además en aquel momento la Caja la tenía. Se ha indicado siempre que los ticos resuelven la situación hasta lo último y de alguna manera, en aquel momento el trajinar del día a día, no les permitía reflexionar sobre aquel gran compromiso que se estaba a punto de tener que cumplir. Gracias a personas muy valiosas de este país, se logró concretar esta maravillosa idea. Se exponía como gran ejemplo el Hospital de Turrialba, porque a pesar de ser un hospital privado, tenía una cobertura de las familias, porque el Hospital de Turrialba era una finca y había tenido una cobertura para los niños. Ese aspecto redonda en lo que se conoce como traspaso de hospitales, porque también fue un movimiento muy importante para este país, fue un cambio radical, el pasar todos los hospitales de la Junta de Protección Social, bajo la administración de la Caja, porque también como todas las ideas, hubo oposiciones y personas que no lo querían de ese modo, siempre habían alegatos, algunos válidos y otros no tanto; pero el país decidió cumplir con ese mandato, por un sentimiento social fundamental para la sociedad costarricense. El crecimiento de esta Institución ha sido sin duda alguna vertiginoso. Se pasaron de los problemas de diarrea, de las bronquitis a los problemas de la desnutrición, a los partos, a la mortalidad infantil elevada y a la altísima tecnología de trasplantes, problemas cardiacos, así como los de la persona adulta, que en aquel momento se observaban muy remotos. Además, lo que hoy es un problema que se conocemos con los problemas crónicos y los cuales le demandan a esta Institución, una adecuación muy rápida en el tiempo. La tecnología ha inundado la Institución, en aquella oportunidad no había médicos y ese era otro problema. Prácticamente, solo había médicos generales, los médicos especialistas se hacían en los propios hospitales, a través de unos programas, pero no había una carrera de formación de especialistas. El país avanzó en función de espejos externos, en privilegiar la especialización y sin duda alguna, es un logro para la asistencia sanitaria de los costarricenses; pero también condujeron a otros problemas, con el hecho de que comienzan a surgir intereses de diversa naturaleza, muy orientados hacia elementos de tipo financiero, entre otros aspectos. Uno de los hechos fundamentales, es que cuando un sistema de salud mejora, tiene muchísima mayor demanda y por consiguiente, las personas se vuelven más exigentes. Lo indica porque para llegar a una situación que hoy produce preocupación a esta Junta Directiva y a la comunidad costarricense, es el problema de las filas en los hospitales, esa situación produce “vergüenza” y hace sentir mal. Ese es un problema que sin duda alguna, lo determina como una inutilidad, porque es una incapacidad institucional, es decir, en términos de que no se tiene las posibilidades de abordar esos temas y desde afuera, parecen tan sencillos. Esta Institución es tan grande, que está manejando alrededor una tercera parte del presupuesto nacional, incluyendo el presupuesto del Estado y la Caja cuenta con 58.000 funcionarios de la más diversa naturaleza, con 80 ó 100 diferentes clases de trabajo. Por otra parte, hay leyes que también han venido a marcar las pautas que enlentecen los procesos y el quehacer y esos aspectos preocupan. Ayer estaba recordando el problema de Limón, porque hubo que devolver un préstamo, prácticamente, por incapacidad de poderlo ejecutar, esa situación es dolorosa para el país. Algunos señores que estaban integrando la Asamblea Legislativa, mencionaban que la culpa no era solo de los que en aquel momento estaban, sino de una mecánica del país que dificulta el poder gestionar. Es

médico y le “hecha mucha culpa a los abogados, con perdón de los que existen”, porque siempre tienen que cumplir con su misión. Por ejemplo, en la Junta Directiva se tiene un asesor jurídico que se encarga de indicar que así no se gestiona y se respeta como tiene que ser. Por otro lado, se tienen elementos de la población que no se entienden y no tiene por qué entenderla tampoco, pero se siente una especie de descrédito para la Institución, cuando alguna persona públicamente menciona puntos de esa naturaleza. A veces se convierte en paranoico y cree que hay intereses de por medio, en contra de la Institución y esos aspectos son buenos, pero no se debería cambiar un modelo que sin duda alguna, este país ha hecho un esfuerzo grande para poderlo sostener. Lo indica porque se hace un esfuerzo significativo, para que de alguna manera se le otorgue respuesta al planteamiento de don Enrique y a su ideal de una cobertura de salud universal, con calidad, con calidez y que sea sostenible en el tiempo. Personalmente, le agradece su participación en esas labores sociales del país. Sin duda alguna, don Enrique Obregón forma parte de un grupo de personas y de hombres que tienen presente, los que quieren esta Institución por los objetivos que tiene, porque la Caja por sí sola no tendría función de ser, si no cumple con lo que el mandato señala que debe ser. Le pide disculpas al Dr. Obregón por esta disertación, un poco melancólica pero tenía que indicarlo en función de la situación que se vive y se siente que no se ha tenido la habilidad, para que las personas entiendan que el sistema es mucho más complejo de lo que aparenta y que se hace un esfuerzo para poderlo hacer. No se va a referir a los logros porque sería otra situación, sino más bien los problemas que le están afectando emocional y moralmente. Muchas gracias por su visita a este homenaje, es muy significativo, gracias por su labor y se espera que esta Institución pueda mantenerse firme, orgullosa y cumplidora con sus compromisos.

Señala la Directora Soto Hernández que se levanta del asiento porque así se lo manda su formación, ante un hombre como el señor Enrique Obregón en representación de las mujeres de este país, se atribuye ese honor de decirle muchas gracias y que Dios lo bendiga.

El Director Alvarado Rivera interviene y apunta que es un honor tener presente en la Junta Directiva a don Enrique Obregón, el prócer de la Patria que tuvo visión para darle fortaleza a esta Institución, porque es pilar fundamental de la paz, así como del desarrollo y de las oportunidades. La Caja ha hecho que Costa Rica sea diferente en América Latina y que se haya alcanzado los niveles de desarrollo que hoy se tienen, producto de la salud de los ciudadanos porque es fundamental, para mantener la paz en un país. Le agradecer esa visión, así como sus esfuerzos, enseñanzas y que no solo sea un prócer de la patria, sino porque se dedicó a la función pública y a su hogar y tuvo la oportunidad de la crianza de sus hijos y son grandes personas y amigos personales y los estima muchísimo. Ha vivido 55 años y en ese tiempo conoció a los hijos de don Enrique y ha convivido con ellos en mucho, son amigos y los aprecia mucho, igual que aprecia a don Enrique Obregón como padre y prócer de la patria.

Interviene el Director Loría Chaves y anota que es un orgullo contar con la presencia del señor Enrique Obregón. En Costa Rica, a veces no se dan cuenta de dónde se proviene y cuando se observa que don Enrique Obregón pertenece a un grupo selecto de costarricenses, visionarios que fueron capaces de transformar este país, desde diferentes “trincheras”, no se puede más que evocar una historia de la Caja Costarricense de Seguro Social, donde don Enrique tiene, sin duda alguna un papel protagónico, a la par de muchos otros costarricenses que dieron sus mejores esfuerzos. Quisiera resaltar que si la primera revolución del Seguro Social se dio con la creación de la Caja del Seguro Social, la segunda gran revolución se produjo con la universalización de los

servicios médicos de la Caja Costarricense de Seguro Social, donde personas como don Enrique Obregón fueron capaces de tener la visión de una Institución, la cual iba a marcar la diferencia en el desarrollo de este país. Cuando se observa la Caja, sin duda alguna, a pesar de los defectos que puede tener, es una Institución admirada internacionalmente, es impresionante cuando se visita cualquier país y cuando se indica que es de Costa Rica, se expresan pensamientos muy positivos del Seguro Social de Costa Rica, ese aspecto es parte de una herencia que don Enrique ha dejado. Cree que la Caja Costarricense de Seguro Social, marca la diferencias en el desarrollo del país, pero marca diferencias porque hubo hombres que también marcaron diferencias en esa época, sobre todo la diferencia del compromiso social, la diferencia del compromiso con las personas, la diferencia con entender que una Institución como ésta, es capaz de marcar un punto de partida para la equidad social, para la Justicia social y sobre todo para la inclusión que es lo fundamental. Es decir, la universalización de los servicios médicos en el acceso a la Caja, no es igual a todos, ese es un factor que ya se perdió con la educación, donde en los años 60 todos estaban revueltos, pero hoy en la Caja, sin duda alguna se mantiene ese principio de equidad, solidaridad, igualdad y de acceso universal a los servicios médicos, porque marca sin duda alguna un antes y un después de esta Costa Rica. Por ejemplo, Ortega y Gasset indicaban que la única certidumbre de los pobres era la incertidumbre, esa frase le gusta mucho porque además de ser muy concreta y real, se podría indicar que en el caso de Costa Rica, los pobres sí tienen certidumbre con la Caja de Seguro Social, tienen certidumbre de acceso a los servicios médicos y ese aspecto es muy importante. Aunque muchas personas no lo sepan, en este país las mujeres, los ancianos, niños, los ciudadanos en general, lo que hoy tienen es gracias a don Enrique Obregón y aunque no se conozca, hay personas como usted que hizo posible que este país, internacionalmente, se determine diferente y un país donde hay paz social, donde las personas vienen a invertir, donde se nota esa estabilidad y hay que darle ese reconocimiento que es a partir de esas luchas que se dieron, las cuales culminaron con la universalización de los servicios médicos. Le indica a don Enrique que el mejor homenaje que se le puede dar en esta Junta Directiva, es tener un compromiso frontal con la Seguridad Social y seguir avanzando en los logros de la Seguridad Social, para que esa visión que tuvieron se mantenga en el tiempo.

El Dr. Enrique Obregón expresa su saludo y agradece este emocionado homenaje y, seguidamente, se expresa así:

### **“AMAR, SERVIR Y DEFENDER EL SEGURO SOCIAL**

Enrique Obregón Valverde

Trabajar en la seguridad social es casi una labor misionera. Los centros que conforman su institucionalidad son lugares de trabajo especializado para atender la salud física y espiritual del pueblo. Debemos entrar a un hospital del seguro social con reverencia, respeto y emoción como si estuviéramos ingresando a una catedral. El seguro social no es solamente una institución más de la estructura estatal pues representa una conquista máxima de la democracia moderna. Es una institución particular que logra un buen funcionamiento cuando se conjugan armoniosamente la solidaridad social, la justicia y el mejor entendido espíritu de servicio público.

Un país donde no exista una seguridad social como la que tenemos en Costa Rica podrá tener un gobierno que se podría considerar como aceptable, pero inapropiado para

calificarlo como democracia. Estado democrático será el que tiene una organización política y jurídica, filosófica y moral, destinada al servicio de los pobres y a su mejor bienestar.

Y como estamos en una época en la que se quiere transformar la democracia en un sistema corporativo – de las empresas y para las empresas – debemos resguardar nuestro seguro social, quererlo casi amorosamente, porque vienen presionando, empujando los comerciantes de salud que desean privatizar estos servicios. Hablar de educación pública, es hablar de democracia; hablar de seguridad social, es hablar de democracia y hablar de derecho al trabajo y de salarios justos, es hablar de democracia.

En todo esto, creo yo, estaba pensando el presidente Rafael Ángel Calderón Guardia cuando propuso su famoso plan de la reforma social. Es importante, en un momento como éste, meditar en los orígenes de toda esta gran reforma. Situémonos en 1940, cuando Costa Rica tenía escasamente medio millón de habitantes, con un presidente electo legítimamente. Y desde el poder, sin armas en la mano, creó la Universidad y construyó el edificio adecuado para su funcionamiento; aprobó el Código de Trabajo y el capítulo constitucional de garantías sociales, obligando a los patrones a solidarizarse con los trabajadores. Finalmente construyó un gran hospital. Al finalizar su período constitucional dejó una universidad funcionando, un código de trabajo y un capítulo constitucional, garantizando derechos a los trabajadores; un seguro social y un hospital, extendiendo la salud al pueblo. Calderón Guardia, desde el poder, pacíficamente y dentro de la institucionalidad democrática, llevó a cabo la única revolución profunda que ha tenido Costa Rica respetando las leyes y los procedimientos democráticos. Me parece que no hay otro ejemplo igual, en la historia de la democracia moderna. Si solo pensáramos en aquella Costa Rica de 1940, gobernada por cafetaleros, banqueros, comerciantes y prestamistas, a quienes se impuso un código de trabajo como aquél que el Presidente Calderón propuso y aprobó, nos daríamos cuenta de la magnitud de esta reforma. Está pendiente un estudio profundo del valor político, social y democrático de esta gran reforma social. –

Como hablar del seguro social es hablar de derechos y libertades, quiero terminar transcribiendo parte de un pensamiento personal sobre la democracia que presenté hace poco más de un año en el anfiteatro de la Universidad Latinoamericana de Ciencia y Tecnología:

### **DEMOCRACIA, SALARIO JUSTO Y EMPLEO.**

Es dable afirmar que la historia del desarrollo de la democracia es la historia del desarrollo de la conciencia del hombre hacia su propia libertad.

De su libertad política, los pueblos han partido a la conquista de su libertad económica y social; de la realización de su vocación de hombres a la confirmación de su más auténtica dignidad. De esa manera, la libertad se transforma, de un concepto estático – todo hombre nace libre - a una proyección dinámica: la libertad se conquista diariamente contra las estructuras de poder que oprimen.

Es una especie de conflicto entre esencia y existencia. Para la teórica democracia clásica, la libertad era parte de la esencia del hombre. Para nuestra democracia real, es producto de su existencia. En aquélla, se nacía con la libertad; en ésta, la libertad se conquista porque no se la tiene. Esto que afirmamos aquí pone en duda, no solo el orden social vigente, sino la idea misma que hasta ahora hemos tenido de la democracia y de la libertad. Hoy, la democracia es el régimen político capaz de garantizar a los individuos el goce de las libertades que aún no tienen. Del compromiso de mantener el régimen jurídico, saltamos a la obligación de reformarlo. El sufragio universal se convierte en procedimiento para lograr esa transformación. El poder no tiene ahora otro sentido que lograr, a través de él, un cambio en beneficio de las mayorías. Y ese cambio es hoy para las clases necesitadas y se llama salario justo y empleo.

En las últimas elecciones, el pueblo depositó en la urna electoral la orden de cambiar. Esa orden no la dieron los empresarios, ni los profesionales prósperos, ni todos los que, en general, viven viene en este país. La orden de cambiar la dieron los que viven apenas de un salario y los que todavía están clamando por recibirlo, o sea, la gran mayoría de costarricenses; es una mayoría que ha perdido poco a poco las esperanzas, la posibilidad de tener trabajo fijo y bien remunerado; la que pide una casa donde vivir. Es poco lo que reclaman los pueblos, y ese poco, el sistema se los niega. Lo único que ocasiona la violencia social es el desequilibrio en la justicia. Como con frecuencia olvidamos la historia, es bueno de vez en cuando recurrir al pensamiento de sus protagonistas para orientarnos. Dejo a ustedes una frase oportuna y aleccionadora de don Pepe: “Las convulsiones sociales estallan cuando el régimen político se queda atrás de las aspiraciones populares”.

### **PASION Y SUEÑO.**

La política es pasión, pero también es sueño. Cuando hablamos de paz, de justicia, de terminar con la pobreza, de libertades y derechos totales, estamos soñando; y cuando luchamos por lograr, aunque sea parcialmente, uno de esos objetivos, es la pasión la que nos impulsa para actuar y hasta para creer en la posibilidad de su realización. Todos los demócratas sabemos que el fin último que persigue la democracia es la felicidad, pero también sabemos que la felicidad jamás la podremos lograr. La pasión nos dirige hacia ese inalcanzable fin de la acción política, pensando, creyendo que, quizá, en un momento lejano de nuestra historia futura, habrá un clima propicio para un ambiente universal de felicidad. Recordemos que “los ideales son como las estrellas: no se pueden alcanzar pero es posible orientarse por ellas”.

A la democracia no la construyen los técnicos ni los especialistas en ciencias sociales o económicas ni los historiadores; a la democracia la promueven los que tienen capacidad para actuar apasionadamente creyendo en sus propios sueños. La democracia no es tanto asunto para políticos como tema para poetas. Y eso es así, porque cada vez más se aleja de conceptos, de doctrinas y teorías, para acercarse, despaciosamente, a los sentimientos más puros.

La democracia no se piensa, se siente. Y el que no la sabe sentir, podrá ser político, gobernante de un país, pero jamás será demócrata. Por ese sentimiento, y solamente por

él, llegamos a la solidaridad, a todo lo que comprende la fraternidad, al compañerismo como placentera obligación de compartir. Recordemos que “compañero” es una palabra compuesta por dos raíces latinas, *cum* y *panis*, el que sabe compartir su pan. Palabra linda, palabra hermosa, democrática palabra.

Cuando se piensa en orientaciones políticas llamemos primero a los poetas, que son los únicos que dicen barbaridades, o sea, lo que los políticos no pueden decir sin peligro de perder las elecciones. Pero pensemos siempre en lo siguiente: la barbaridad de hoy, considerada como blasfemia, será la verdad de mañana, liberadora de pueblos”.

Seguidamente, la doctora Sáenz Madrigal procede a entregar un reconocimiento al doctor Obregón Valverde, a cuyo texto da lectura el licenciado Calvo Hernández:

## “Junta Directiva

Un hito en pos del derecho de un seguro social “universal y solidario”.

“La Comisión estima que los señores Diputados proponentes de este proyecto de reforma, han mostrado su **gran sensibilidad** ante los problemas sociales al afrontar uno de los más graves que tiene planteados la comunidad costarricense, -sea, el desamparo ante los riesgos sociales-, y han acertado al proponer una **modificación constitucional que beneficiará en el futuro ampliamente a nuestro pueblo”**.

Informe final de la Comisión Especial integrada para dictaminar el proyecto de Ley 2738 Universalización de los seguros sociales de la CCSS, propuesto por el Señor Diputado Don Enrique Obregón Valverde, y referente a la reforma del Artículo 177 de la Constitución Política de Costa Rica.

Nuestro reconocimiento y gratitud al

**Dr. Enrique Obregón Valverde**

Él junto a otros legisladores, promovieron en 1961 la ley 2738, considerada una decisión de alto valor institucional y de justicia social, y que colocó a Costa Rica como el primer país latinoamericano en hacerlo.

**Dra. María del Rocío Sáenz Madrigal**  
**Presidenta Ejecutiva”**.

El doctor Obregón Valverde, sus hijos, los señores Gerentes y el personal de la Dirección de Comunicación Organizacional se retiran del salón de sesiones.

#### **ARTICULO 4°**

Se tiene a la vista el oficio número SP-1092-2016, de fecha 7 de octubre del año 2016, suscrito por el Lic. Álvaro Ramos Chaves, Superintendente de Pensiones (SUPEN), por medio del que remite el informe al Comité de Vigilancia del Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte (CCSS), ICV-2015-01 correspondiente a la situación del Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte (RIVM) al 31 de diciembre del año 2015 y hechos subsecuentes al 31 de agosto del año 2016, elaborado por la SUPEN, de conformidad con lo establecido por el artículo 37°, inciso a) de la Ley Orgánica de la Caja Costarricense de Seguro Social. Las conclusiones y recomendaciones se transcriben, seguidamente, en forma literal:

#### **“CONCLUSIONES:**

1. *A partir del año 2009 se ha dado un crecimiento importante en las sumas desembolsadas por pensión por invalidez, concedidas en sede judicial.*
2. *Se encuentran en proceso de corrección diversas debilidades de control interno y mitigación de riesgos, señalados por la SUPEN, entre otros, ausencia de auxiliares contables, inconsistencias en el manejo de la cartera de créditos (SICRE), formalización del cobro del servicio por la gestión de las inversiones del SEM, falta de registros de estimación por incobrables para cuentas de difícil recuperación, controles débiles en el manejo de los convenios colectivos de aseguramiento, sistemas de información obsoletos, poco flexibles y que no se encuentran integrados, así como se revela que el Sistema del Control de Inversiones requiere de una renovación para reducir el riesgo operativo, registros inadecuados de algunas provisiones y falta de controles operativos y contables sobre las cuentas por cobrar. En el oficio SP- 334-2015 del 13 de marzo de 2015, se comunicaron estos temas.*
3. *No existe una oportuna recuperación de las cuentas en cobro judicial de trabajadores independientes, los convenios y arreglos de pago. Estos asegurados presentan una alta morosidad.*
4. *Sigue pendiente la decisión de formalizar, en la contabilidad del RIVM, el registro de la valoración a precios de mercado del portafolio de inversiones y la implementación de método de amortización de tasa de interés efectiva.*
5. *En visita concluida en agosto de 2016, sobre la gestión de riesgos de este régimen, se observaron entre otras, las siguientes situaciones, que constituyen oportunidades de mejora:*
  - *No se realizan evaluaciones de los riesgos de solvencia, estratégico y de gobierno corporativo a los que está expuesto el RIVM, como parte de las sanas prácticas de mitigación de riesgos.*
  - *Existe una alta concentración de la cartera en sector público y se expone al régimen a una alta correlación entre las diferentes inversiones por emisor, asociado al riesgo país y las políticas de gobierno que les afecta.*

- *No se realizan pruebas de simulación para cuantificar las posibles pérdidas por incumplimiento de pagos o cambio en la calificación de riesgo de un emisor.*
  - *Se identificaron debilidades en el control interno que ponen en evidencia la exposición a riesgos operativos dada la falta de instrumentos que normalicen la gestión del RIVM y que sirvan para implementar, monitorear y controlar los riesgos.*
6. *La alta concentración que se mantiene en el portafolio de inversiones del sector público, expone al régimen a potenciales pérdidas por cambios en la economía nacional e internacional o por una desmejora en la calificación crediticia de los emisores o cesación de pagos.*
  7. *Continúa pendiente el comunicado del resultado final de la investigación iniciada, para determinar la eventual responsabilidad administrativa, por no suministrar las actas del Comité de Inversiones de las sesiones 120 a la 129-2010 y de la 130 a la 138-2011.*
  8. *Se mantiene una actitud lenta por parte de la CCSS en la atención oportuna de las recomendaciones que realiza la SUPEN, el Comité de Vigilancia y otros órganos de control.*
  9. *Se observa una revelación en el literal c) del artículo 9 del Reglamento para la Administración Integral de Riesgos Financieros de los Fondos Institucionales que no concuerda con estructura organizacional vigente, debido a que el Área de Administración de Riesgos está adscrito a la Dirección Actuarial y no a la Gerencia de Pensiones. Adicionalmente, es importante se considere el tema del eventual conflicto de interés ocasionado con la integración de los miembros del Comité de Riesgos y la adscripción jerárquica del Área de Riesgos.*
  10. *Persiste el uso de los intereses de la reserva para atender el pago de las obligaciones, situación que se mantiene en el "Flujo de Efectivo proyectado 2016".*
  11. *La reserva de pensiones mantiene un comportamiento de crecimiento, pero a una tasa decreciente.*
  12. *Los gastos continúan aumentando a un ritmo mayor que los ingresos, el rubro de pensiones que muestra el mayor incremento en el año 2015 en relación con el año 2014, es el de la pensión reducida que creció en ¢16.746.2 millones (26.2%).*
  13. *En el año 2015 el rubro de pensiones e indemnizaciones se incrementó en un 11.0% (¢67.288.0 millones) con respecto al año 2014.*

**RECOMENDACIONES:**

1. *Girar las instrucciones necesarias para que, en definitiva, se concluyan las "Guías de Calificación de la Invalidez y la Discapacidad".*
2. *Dar seguimiento y apoyo a la Gerencia de Pensiones respecto a la atención de los diferentes requerimientos realizados por la SUPEN, con el objetivo de corregir deficiencias en diversos procesos operativos.*
3. *Implementar acciones correctivas con el propósito de mejorar el proceso de la recuperación de las cuentas en cobro judicial de trabajadores independientes, los convenios y arreglos de pago.*

4. *Comunicar, en definitiva, la fecha en que se estará formalizando, en la contabilidad del RIVM, el registro de la valoración a precios de mercado del portafolio de inversiones, y la implementación de método de amortización de tasa de interés efectiva.*
5. *Continuar con el fortalecimiento de la gestión de riesgos ante la evidente necesidad que el RIVM mejore sus procesos de identificación, cuantificación y medición de los riesgos. Se reitera observar, como una sana práctica, las directrices establecidas en el Reglamento para calificar la situación financiera de los fondos administrados por los entes regulados.*
6. *Valorar la modificación del literal c) del artículo 9 del Reglamento para la Administración Integral de Riesgos Financieros de los Fondos Institucionales para que concuerde con la estructura organizacional vigente, así como revisar el tema de eventual conflicto de interés con la adscripción jerárquica del Área de Riesgos al Departamento Actuarial y de Planificación Económica, así como en relación con la conformación de los miembros del Comité de Riesgos.*
7. *En línea con nuevas directrices incorporadas en la política de inversiones del RIVM para el 2016, continuar en la búsqueda de alternativas de inversión que permitan una mayor diversificación del portafolio de inversiones de este régimen.*
8. *Comunicar el resultado final de la investigación que se realiza, por la eventual responsabilidad administrativa de funcionarios de la CCSS; por la no entrega de las actas del Comité de Inversiones de las sesiones 120 a la 129-2010 y de la 130 a la 138-2011.*
9. *Considerar a la SUPEN como una institución auxiliar y aliada en el análisis y medición de la situación general del RIVM y aprovechar la información proveniente de este ente supervisor para vigilar la operación del régimen.*
10. *Continuar con el análisis de los ingresos y egresos del RIVM, con el objetivo de buscar mecanismos para contención del gasto y generar mayores ingresos mediante el control de la evasión y aumento de la cobertura. Además, fortalecer las estrategias de control de la morosidad patronal y de los trabajadores independientes.*
11. *Remitir el Informe de Gestión correspondiente al año 2015”,*

Se tiene que, mediante el oficio del 18 de octubre del año 2016, número PE-63813-2016, firmado por la señora Presidenta Ejecutiva y dirigido al Gerente de Pensiones, solicita al licenciado Barrantes Espinoza que el análisis de las conclusiones de la nota de la SUPEN detallada en párrafos precedentes y el criterio técnico respecto de las recomendaciones para la Junta Directiva, sea presentado al Órgano Colegiado con la brevedad posible,

y la Junta Directiva –unánimemente- **ACUERDA** trasladar a la Gerencia de Pensiones, para su análisis y recomendación a la Junta Directiva.

#### **ARTICULO 5°**

Se tienen a la vista las notas que se detallan:

- 1) De fecha 1° de junio del año 2016, suscrita por el Lic. Bernal Aragón Barquero, Apoderado generalísimo sin límite de suma de la Asociación de Servicios Médicos Costarricense (ASEMECO), mediante la cual se apersona con el objeto de solicitar se adicione y aclare la

parte dispositiva del acuerdo según lo resuelto en el artículo 9° de la sesión número 8840, comunicado en calidad de representante de ASEMECO (se acordó, en lo que interesa: *prorrogar los contratos C-5825-2009 y C-6312-2010 que suscribió la Caja Costarricense de Seguro Social con ASEMECO, según la licitación pública 2008LN-000013-1142, Áreas de Salud de León XIII-La Carpio y San Sebastián-Paso Ancho, y dar en custodia a las Áreas de Salud que administra ASEMECO, los materiales y suministros almacenables, propiedad de la Caja Costarricense de Seguro Social*). Señala que el ordenamiento “iuspublicístico” incluye dentro de sus figuras, la posibilidad de solicitar a la administración, que aclare la parte dispositiva de sus resoluciones. Indica que el punto 3) dice: “*Dar en custodia a las Áreas de Salud que administra ASEMECO, los materiales y suministros almacenables, propiedad de la Caja Costarricense de Seguro Social. Para cumplir lo anterior, se instruye a la Gerencia Médica, a la Gerencia de Logística y a la Gerencia Financiera, realizar las coordinaciones pertinentes, bajo el marco de la legalidad, con el fin de aplicar este punto y garantizar las medidas de control que correspondan, para lo cual se instruye realizar la modificación contractual respectiva, de conformidad con la normativa vigente en la materia*”. Solicita que “se amplíe, mediante adición y aclaración el acuerdo de comentario, particularmente, la parte dispositiva, por cuanto se dispone una variación en la cláusula **sétima** de los contratos vigentes entre ASEMECO y la CCSS, particularmente en el Ítem MS. Señala que el MS es un Ítem complejo y no se señala cuál rubro o rubros del MS se variarían, es decir, cuáles insumos concretos va a aportar la CCSS. Tampoco se señala, ni se toma en cuenta si la disposición afecta los rubros GI (Gastos indirectos) ni Al (alquiler de inmuebles) pues la variación puede requerir el aumento en rubros de inversión de instalaciones para poder cumplir técnicamente con los rubros de almacenamiento de insumos médicos, además, podría incluso requerirse de una regencia, lo cual podría afectar, incluso, el rubro MO. Me permito indicar que la modificación en el caso Carpio-León XIII varía el 26.01 % del contrato; para el contrato de San Sebastián 29.82%. Las cifras de cambio no se pueden tomar a la ligera y, sin embargo, a la fecha no tienen certeza de las modificaciones concretas que se realizarían a los contratos, la ejecución de éstos y el contenido económico de ellos. Dado lo anterior solicita:

*“Se aclare o amplíe el Artículo 9 sección 8840, particularmente el artículo 3, esto a efectos de que se especifique: i. Cuáles Materiales y Suministros Almacenables se darán en custodia a ASEMECO. ii. Cómo afectará esto las cláusulas séptimas de los contratos vigentes y el equilibrio económico expresado en éstas”.*

- b) Número DA-0011-06-2016, del 9 de junio del año 2016, firmada por el Dr. Jorge Cortés Rodríguez, Director Médico de la Asociación de Servicios Médicos Costarricense (ASEMECO), a la que adjunta copias de oficios números DRSS-FISSCT-1250-2016 y DRSS-FISSCT-1322-2016, de fecha 27 de mayo y 3 de junio del año 2016 respectivamente, suscritos por el Dr. Jorge Fonseca Renault, Director de Red de Servicios de Salud de la Caja, en atención a la petición, según señala, de Junta Directiva, para dar la anuencia de prorrogar el contrato (*según lo resuelto en el artículo 9° de la sesión N° 8840, celebrada el 2 de mayo de 2016, que se acordó proceder a prorrogar los contratos C-5825-2009 y C-6312-2010 que suscribió la Caja Costarricense de Seguro Social con ASEMECO, según la licitación pública 2008LN-000013-1142, Áreas de Salud de León XIII-La Carpio y San Sebastián-Paso Ancho. Así como dar en custodia a las Áreas de*

*Salud que administra ASEMECO, los materiales y suministros almacenables, propiedad de la Caja Costarricense de Seguro Social).* Reitera el interés de continuar con los contratos en cuestión. Sin embargo, se encuentran a la espera de la respuesta a la solicitud de adición y aclaración del acuerdo del artículo 9° de la sesión N° 8840, así como las deliberaciones en torno a dicho acuerdo. Queda atento al recibo de la documentación solicitada en aras de poder continuar con el análisis de cara a las prórrogas de los contratos derivados de la Licitación 2008LN-000013-1142.

- c) Número DA-0015-06-2016, fechada 15 de junio del año 2016, suscrita por el Dr. Jorge Cortés Rodríguez, Director Médico de ASEMECO, en el cual informa que anexa las respuestas dadas a la Dirección de Red de Servicios de Salud, en atención a la petición que se les hace llegar de manera urgente, respecto a la anuencia de prorrogar. Reitera la respuesta afirmativa de prorrogar los contratos números C-5825-2009 y C-6312-2010, y está solamente a la espera de la respuesta a la solicitud de adición y aclaración del acuerdo del artículo 9° de la sesión N° 8840, para proceder con las coordinaciones del nivel técnico-operativo que corresponden.

Se tiene que en el artículo 9° de la sesión número 8840, celebrada el 2 de mayo del año 2016, la Junta Directiva adoptó la resolución que literalmente dice:

**“ARTICULO 9° Por consiguiente,** *realizada la presentación por parte de la Dirección de Red de Servicios de Salud en torno al análisis de las prórrogas de los contratos Carpio-León XIII y San Sebastián–Paso Ancho, y de conformidad con lo indicado en el criterio jurídico DJ-0652-2015, y con base en la recomendación de la señora Gerente Médico, la Junta Directiva ACUERDA:*

- 1) *Dar por recibido el informe presentado por la Gerencia Médica mediante el mencionado oficio N° GM-SJD-10496-2016 y, por ende, dar por atendido lo acordado en el artículo 15° de la sesión N° 8798 del 03 de setiembre del año 2015.*
- 2) *Tomando en consideración los criterios jurídicos presentados tanto por la Dirección de Red de Servicios de Salud así como por la Dirección Jurídica, proceder a prorrogar los contratos C-5825-2009 y C-6312-2010 que suscribió la Caja Costarricense de Seguro Social con ASEMECO, según la licitación pública 2008LN-000013-1142, Áreas de Salud de León XIII-La Carpio y San Sebastián-Paso Ancho.*
- 3) *Dar en custodia a las Áreas de Salud que administra ASEMECO, los materiales y suministros almacenables, propiedad de la Caja Costarricense de Seguro Social. Para cumplir lo anterior, se instruye a la Gerencia Médica, a la Gerencia de Logística y a la Gerencia Financiera, realizar las coordinaciones pertinentes, bajo el marco de la legalidad, con el fin de aplicar este punto y garantizar las medidas de control que correspondan, para lo cual se instruye realizar la modificación contractual respectiva, de conformidad con la normativa vigente en la materia”.*

Asimismo, mediante el oficio N° 59.903, del 23 de junio del año 2016, suscrito por la Licda. Emma Zúñiga Valverde, Secretaria de Junta Directiva y dirigido a la Dra. María Eugenia Villalta Bonilla, Gerente Médico, traslada con la atenta solicitud de que, en forma expedita, los asuntos contenidos en los apartados a) b) y c), sean analizados y se recomiende lo pertinente a la Junta Directiva.

- d) Del 9 de setiembre del año 2016, número DRSS-FISSCT-2255-2016, firmada por el Lic. Harold Carter Fonseca, Administrador de la Dirección de Red de Servicios de Salud, en que da respuesta al oficio firmado por el Lic. Bernal Aragón Barquero, Apoderado generalísimo de ASEMECO, recibido el 2 de setiembre en curso, y le aclara lo correspondiente en cuanto a la modificación contractual fundamentada en el acuerdo adoptado en el artículo 9°, sesión número 8840 del 2-5-16.
- e) Número DRSS-FISSCT-2255-2016, del 8 de setiembre del año 2016, que suscribe el Lic. Harold Carter Fonseca, Administrador de la Dirección de Red de Servicios de Salud, dirigida al Lic. Bernal Aragón Barquero, Apoderado Generalísimo sin límite de suma de ASEMECO, mediante la cual la citada Dirección, en calidad de Administrador de los contratos números C-5825-2009 Área de Salud de Carpio-León XII y C-6312-2010 del Área de Salud San Sebastián-Paso Ancho, acusa recibo del escrito sin número de oficio, recibido el 2 de setiembre del año 2016. Aclara las dudas en relación con la modificación contractual fundamentada en lo resuelto en el artículo 9° de la sesión N° 8840, celebrada el 2 de mayo del año 2016, e indica que en reiteradas oportunidades se le ha brindado atención a las inquietudes planteadas por ASEMECO. Le informa que, con base a los principios de transparencia y sana relación contractual, en atención a la solicitud de ASEMECO, se convoca a reunión el 19 de setiembre del año 2016, a partir de las 9:00 a.m., en la Dirección Jurídica de la Caja,

A propósito, indica el Director Gutiérrez Jiménez que se está solicitando información y se está indicando que se conteste lo que corresponda.

Sugiere la Dra. Sáenz Madrigal que se amplíe la recomendación, en el sentido de que ese tema lo ha estado atendiendo la Gerencia Médica y se le había empezado a suministrar la información.

El licenciado Gutiérrez Jiménez manifiesta su preocupación, porque no entiende el tema de fondo.

Por su parte, el Director Devandas Brenes indica que tiene una duda, respecto de si ASEMECO está solicitando que se amplíe, o que se le aclare un acuerdo de esta Junta Directiva. Le parece que es a este Órgano Colegiado, es al que le correspondería hacer la interpretación o ampliarlo, por qué sucede si hay una ampliación de esos artículos que no habían sido analizados en la Junta Directiva, por lo que cree que la respuesta que se otorgue, se debe presentar ante este Órgano Colegiado para su conocimiento.

Coincide el Director Loría Chaves con el Dr. Mario Devandas.

Insta el Dr. Devandas Brenes a que la respuesta salga de esta Junta Directiva, salvo que después analizando el asunto, se decida que es un tema que debe ser atendido a nivel de la Gerencia Médica.

Sugiere el licenciado Gutiérrez Jiménez que se podría coordinar con la Presidenta Ejecutiva y si se considera que hay algún aspecto que aclarar o adicionar, se presente a esta Junta Directiva.

Señala don Mario Devandas que sí, porque es importante que la Dirección Jurídica revise el planteamiento, incluso, para seguridad de la Presidencia Ejecutiva.

Resume la Dra. Sáenz Madrigal que el tema se analice en la Gerencia Médica y la Dirección Jurídica y después se presente en la Presidencia Ejecutiva.

**y la Junta Directiva** –en forma unánime- **ACUERDA** trasladarlas a la Gerencia Médica con la solicitud de que, en coordinación con la Dirección Jurídica, se analice el asunto y se presente la respectiva propuesta de contestación a la Presidencia Ejecutiva, quien valorará si debe ser conocida por la Junta Directiva o bien si la administración puede dar respuesta.

#### **ARTICULO 6º**

Se tienen a la vista las comunicaciones que se especifican:

- a) De fecha 1º de junio del año 2016, suscrita por el Lic. Álvaro Camacho Mejía, Presidente de la Asociación de la Industria Farmacéutica Nacional (ASIFAN), dirigida a los señores Junta Directiva, a la Gerencia de Logística, al Departamento de Farmacoterapia y a la Caja Costarricense de Seguro Social, mediante la cual señala que en seguimiento a las comunicaciones escritas y verbales en relación con la preocupación que la industria farmacéutica nacional ha venido manifestando por la tendencia de la Caja de realizar compras de medicamentos a través del mecanismo de negociación conjunta de precios y compra de medicamentos para los países de Centroamérica y República Dominicana (COMISCA), externa su agradecimiento por las intervenciones en pro de aumentar la competitividad del mercado y por ende la participación del Sector Farmacéutico, de modo que se genere no sólo oportunidades para la industria farmacéutica sino que se dé la posibilidad a la Institución de acceder a una mayor oferta de medicamentos, a precios que considera más asequibles en los procesos de contratación pública. Lo anterior, en consideración a la alternativa de la utilización de los mecanismos de compra previstos en el ordenamiento jurídico, ante la existencia de nuevos oferentes debidamente precalificados en el Registro de Oferentes de la Caja; más aún cuando la industria farmacéutica nacional pueda ofrecer el o los productos incluso a un precio más favorable al que estaría pagando la Institución por estos en el marco de COMISCA. Reitera su agradecimiento esperando que este proceso sea de beneficio de la misma Institución.
- b) Número SE-COMISCA/N16/427, de fecha 25 de julio del año 2016, suscrita por el Dr. Julio César Valdés Díaz, Secretario Ejecutivo, de COMISCA (Consejo de Ministros de Salud de Centroamérica), en el que, en relación a con la nota N°8891-25-16, en la que según el artículo N° 25 de la sesión N° 8841 de la Junta Directiva de la Caja se acordó: *“solicitar a COMISCA la información actualizada de las transacciones de compra 2010-*

2016 de todos los medicamentos en los que se visualicen los beneficios obtenidos en dichas transacciones”, indica que, como es de conocimiento, la gestión de compra de medicamentos negociados es competencia de cada país, por lo que la información de compra que se deriva de los eventos de negociación conjunta, que se aporta a continuación, corresponde a los datos consolidados por SE-COMISCA con base en información comunicada por cada país:

CONSOLIDADO DE AHORRO REGIONAL OBTENIDO CON LA NEGOCIACION CONJUNTA 2009-2015

PAIS	AHORRO						Total Ahorro estimado 2009-2015
	EV2009 y 2010 Estimado	EV2012	EV2013	EV2014	EV2015	TOTAL 2012-2015	
Belice	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -
Costa Rica	\$ 1724,182.00	\$ 6269,750.00	\$ -	\$ 2760,714.16	\$ 1522,250.00	\$ 10552,714.16	\$ 12276,896.16
El Salvador	\$ 3175,322.00	\$ 9226,729.28	\$ 1165,282.80	\$ (83,003.47)	\$ -	\$ 10309,038.61	\$ 13484,330.61
Guatemala		\$ 307,960.00	\$ 79,958.40	\$ -	\$ -	\$ 387,918.40	\$ 387,918.40
Honduras	\$ 282,324.00	\$ 375,515.40	\$ 8,064.93	\$ 88,173.12	\$ -	\$ 471,753.45	\$ 754,077.45
Nicaragua		\$ 4395,604.30	\$ 4,610.00	\$ 149,756.10	\$ 304,265.01	\$ 4854,235.41	\$ 4854,235.41
Panamá	\$ 200,000.00	\$ 593,623.97	\$ -	\$ 474,223.40	\$ 309,595.40	\$ 1377,442.77	\$ 1577,442.77
República Dominicana		\$ 3537,254.50	\$ 1301,858.52	\$ -	\$ 11027,731.80	\$ 15866,844.82	\$ 15866,844.82
Region	\$ 5381,828.00	\$ 24706,437.45	\$ 2559,774.65	\$ 3389,863.31	\$ 13163,842.21	\$ 43819,917.52	\$ 49201,745.62

\* EV= Evento de Negociación \*\* Datos Compras efectivas EV2015 al 1 de junio del 2016

No omite manifestar que dicha información fue presentada en la XLIV Reunión Ordinaria de COMISCA celebrada el 28 de mayo en Tegucigalpa, Honduras.

Se tiene que en el artículo 25° de la sesión N° 8841, celebrada el 5 de mayo del año 2016, la Junta Directiva adoptó la resolución que en lo conducente dice:

*“En el contexto jurídico constitucional costarricense, la administración pública -y con ello los funcionarios públicos- estamos compelidos a rendir cuentas en torno a nuestra conducta y toma de decisiones en general. A partir de ese marco jurídico en nuestro medio cobra particular importancia el principio de rendición de cuentas y transparencia en el ejercicio de la administración pública.*

*Es en dicho contexto que la Junta Directiva de la Caja Costarricense de Seguro Social, como entidad adscrita a ese respetable órgano internacional (COMISCA), ha emitido el acuerdo siguiente acuerdo (artículo 25° de la sesión N° 8841, celebrada el 5 de mayo del año 2016):*

**"ARTÍCULO 25°**

**ACUERDO SEGUNDO: solicitar a COMISCA la información actualizada de las transacciones de compra 2010-2016 de todos los medicamentos por, en la que se visualicen los beneficios obtenidos en dichas transacciones. ACUERDO FIRME".**

*Por lo anterior es que respetuosamente se solicita la información a que alude el citado acuerdo, por lo que requerimos que sea debidamente presentada y expuesta mediante la página web de ese órgano internacional.*

*Es criterio de la Junta Directiva de la Institución que una práctica del manejo y publicidad de la información arriba solicitada, fortalece los principios por todos compartidos de transparencia y publicidad”.*

A propósito al Director Devandas Brenes le parece que las dos últimas notas, están relacionadas y es muy importante, lo que plantea la Industria Farmacéutica Nacional, pero el cuadro no está indicando mucha información, por lo que sugiere que sería importante agendar que la Gerencia de Logística explique bien ese cuadro, para analizar de qué se trata. Por lo que si se considera que es necesario conversar con la Industria Farmacéutica Nacional, se coordine para aclarar las inquietudes que se tienen, porque es muy importante en la medida en que se pueda fortalecer la industria nacional, obviamente, sin detrimento de las finanzas institucionales, ni de la calidad de los medicamentos.

Manifiesta el Director Gutiérrez Jiménez que ha sostenido varias conversaciones con las personas de la industria y aclara que es importante señalar, que no están buscando un proteccionismo, es decir, no están indicando “protéjame a mí contra las posibilidades de que vengan empresas internacionales o más grandes”, lo cual le indica que el abordaje del tema se ha gestionado bien. Además, es cierto que muchas veces hay un desarrollo en las licitaciones que por precios ínfimos, se están favoreciendo a una empresa de los llamados voladores efímeros, los cuales no aportan nada al sistema social. Mientras si se tiene un abordaje diferente a la industria nacional, son empresas que están aportando cargas sociales, empleos y una serie de puntos que se generan alrededor de la industria, porque hay encadenamientos con proveedores, entre otros aspectos. Repite, muchas veces se favorecen empresas de fuera del país, por precios ínfimos cuando se podría favorecer que, además de estar brindando un producto de calidad, tiene toda una situación atrás de empleos costarricenses y de materias primas costarricenses, en algunos casos de encadenamientos, de cargas sociales, entre otros aspectos. Cree que se debe valorar no en términos de favorecer, ni de discriminaciones odiosas, pero sí de buscar algún tipo de valoración diferente, precisamente, en el momento de las licitaciones y se puedan estudiar mecanismos apropiados en ese sentido. Tienen seguridad de que las empresas estarán muy anuentes, porque así se lo han hecho saber del interés que tienen de colaborar y de dialogar sobre estos temas.

Por su parte, señala la Directora Alfaro Murillo que como bien lo indica don Mario Devandas, la respuesta es muy escueta, sin tomar en cuenta, inclusive, que se indica que ya habían presentado esa información mucho antes. Si hubiese sido así, a la Junta Directiva le hubiera respondido el Dr. Chaves y quien correspondiera en su momento, porque así lo solicitó el Órgano Colegiado.

Aclara la Dra. Sáenz Madrigal que el tema se refiere a la reunión de Ministros de Salud.

Insiste la Ing. Alfaro Murillo que se supone que la Comisión Técnica, le da seguimiento a esa información. Las comisiones técnicas dan seguimiento a las comisiones políticas también. Comparte el hecho de que se revise la información, porque quedó con muchas dudas y poco convencida de los beneficios -en el último período-, en materia de estar haciendo las compras vía COMISCA. Entiende la facilidad de logística, pero lo que más interesa es el beneficio de la

Institución. Quiere entender mejor, porque su inquietud fue que observando lo expuesto, estaba quedando por sentado que la vía de COMISCA, era la vía y aquí las vías se deben analizar y evaluar -periódicamente- para estar seguros de lo que más le conviene a la Institución. Está de acuerdo con don Mario y quisiera que se produzca a nivel de la Junta Directiva, una discusión sobre el tema.

Añade el Dr. Devandas Brenes que referente a lo expuesto por el Lic. Gutiérrez, puede ser que se logre crear algún mecanismo más liviano para analizar el asunto previamente. Sugiere y estaría anuente a participar en una conversación, para determinar si se puede resolver el problema de manera integral y realizar un planteamiento porque el asunto tiene muchas aristas.

Señala la Dra. Sáenz Madrigal que dentro de la normativa, la Comisión Administrativa Financiera y Contratación Administrativa, están incluidos don Adolfo y don José Luis Loría. Si se llega a un acuerdo de que el asunto lo analice una comisión, esa sería.

Solicita el Dr. Mario Devandas que se le invite a esa comisión.

**Por tanto**, la Junta Directiva –en forma unánime- **ACUERDA** solicitar a la Gerencia de Logística que, en una próxima sesión, se refiera y explique la información contenida en el cuadro contenido en párrafos precedentes que se titula “Consolidado de ahorro regional obtenido en la negociación conjunta 2009-2015”.

#### **ARTICULO 7º**

Se tiene a la vista el oficio número CCT-8815-SJ-2016 de fecha 2 de junio del año 2016, suscrito por el señor Raúl Hernández Sáenz, dirigido a la Junta Directiva de la Caja, al Ministro de Hacienda, a la Comisión de Asuntos Hacendarios Asamblea Legislativa, a la Comisión de Control y Gasto Público Asamblea Legislativa, al Concejo Municipal de Tibás y la Comisión Especial “Monster Jam-Concejo Municipal de Tibás, en el que informa sobre las serias inexactitudes contenidas en el oficio N° DGT-448-2016, fechado 10 de mayo del año 2016 de la Dirección General de Tributación del Ministerio de Hacienda, en cuanto al deber de las sociedades anónimas deportivas como productoras de espectáculos públicos, de estar debidamente inscritas y al día con las obligaciones obrero-patronales, según la ley. Se refiere a: 1. Actuaciones de la Dirección General de Tributación. 2. Caso del evento X-Knights del año 2014 y concluye lo siguiente:

#### **“CONCLUSIÓN**

*De conformidad con los documentos oficiales que constan sobre este asunto, se tiene que, si bien la sociedad deportiva formalizó su inscripción como patrono el 12 de febrero de 2014, también está demostrado que no estuvo inscrita en esa institución en los anteriores períodos en que resultó exonerada de impuestos por espectáculos públicos, lo que supone que no estaría eximida de su responsabilidad en cuanto al pago de las cuotas obrero-patronales durante dichos períodos en los que contrató trabajadores para realizar los diferentes eventos, según está acreditado en el citado oficio SSC-AIA-I-036-2014 de la Administración Tributaria-San José Oeste.*

*En cuanto a las actuaciones de la Dirección General de Tributación, se debe recordar que la Ley Constitutiva No. 71 de la CCSS, tiene el rango superior a cualquiera de las*

*directrices citadas en el referido oficio DGT -448-2016, lo que significa que toda directriz de esa naturaleza legalmente no podría eludir el mandato de dicha ley, salvo una reforma u otra ley en contrario.*

*Asimismo, es pertinente indicar que la reforma a una leyes potestad constitucional de la Asamblea Legislativa, por lo que ninguna Administración del Estado puede arrogarse la atribución de cuestionar si se debe o no cumplir con lo preceptuado en una norma de ley, esto de conformidad con lo dispuesto en el artículo 11 de la Ley General de la Administración Pública.*

*Además, cabe señalar que la citada norma de la CCSS que obliga a los patronos a estar inscritos y al día en los pagos de sus obligaciones patronales, en ningún caso puede interpretarse como un simple requisito de admisibilidad, y mucho menos privarla de su fundamental raigambre legal, toda vez que resulta totalmente infundado el antojadizo argumento de la Dirección General de Tributación en cuanto a que dicha obligación "no le resta o quita la exención al evento deportivo otorgado por ley"; pues es preciso señalar que el legislador contempló ese requisito como una sensata medida en aras de combatir la millonaria evasión a las cargas obrero-patronales en perjuicio de la institución social.*

*Por otra parte, si bien es cierto que la Ley No. 6826, Ley del Impuesto sobre las Ventas, al igual que la Ley 7800, Ley de Creación del ICODER otorgan la exoneración de impuestos a los espectáculos deportivos, también debemos recordar que para obtener ese beneficio fiscal los interesados deben cumplir por obligación con una serie de requisitos normados por el ordenamiento jurídico, pues sería totalmente ilegal y hasta doloso evadir dichos requisitos por el solo hecho de alegar que la dispensa tributaria es materia privativa de ley.*

*Finalmente se debe indicar sobre la existencia de otras irregularidades ocurridas en las gestiones que culminaron con la autorización de exoneraciones de impuestos para espectáculos públicos, mismas que serán informadas en las instancias jurisdiccionales competentes”.*

**Dado lo anterior, solicita lo siguiente:**

*"Informar, si la Junta Directiva de la Caja Costarricense de Seguro Social está de acuerdo y por consiguiente avala las directrices publicadas por la Dirección General de Tributación del Ministerio de Hacienda, citadas en este informe, mediante las cuales se exime a las sociedades anónimas deportivas, concretamente a la empresa Xtreme Family Entertainment Sociedad Anónima Deportiva, de la obligación de estar inscrita como patrono, conforme lo dispuesto en el artículo 74 de la Ley Constitutiva No. 17, así reformado por el artículo único de la Ley No. 8909 del 08 de febrero de 2011”,*

Se tiene que mediante Instrucciones de la Secretaría de Junta Directiva, número Inst. 244-16, de fecha 3 de octubre del año 2016, dirigidas al Lic. Gustavo Picado Chacón, Gerente Financiero, se traslada el citado oficio, para la atención pertinente y conforme en derecho corresponda.

**Por tanto,** la Junta Directiva tomar nota de que el asunto está siendo atendido por la Gerencia Financiera, a quien se **ACUERDA** solicitar que, en un plazo de quince días, remita a la Junta Directiva copia de la respuesta que se dé al señor Hernández.

**ARTICULO 8°**

**Se toma nota** del oficio número DE-099-15-01-2016, de fecha 6 de junio del año 2016, suscrito por el Auditor Interno, en el que comunica los resultados, en atención de denuncia conocida en el artículo 22° de la sesión N° 8773, celebrada el 23 de abril del año 2015, sobre la comunicación suscrita por el Arq. Ronald Rodríguez González, Presidente de Arquitectura Rodgo S.A., en que presenta denuncia contra el funcionario Lic. Minor Eduardo Cordero Gallardo, Inspector de Leyes y Reglamentos en la Sucursal de Cartago, que se acordó trasladarlo a la Auditoría, para el estudio correspondiente y que rindiera un informe. El citado oficio dice en forma textual:

*“Esta Auditoría recibió su oficio 8773-22-15, donde se solicitó atender denuncia contra el Lic. Minor Eduardo Cordero Gallardo, Inspector de Leyes y Reglamentos de la Sucursal de Cartago. Lo anterior según el artículo 22 de Sesión de Junta Directiva 8773, celebrada el 23 de abril, 2015.*

*De acuerdo con la documentación trasladada a esta Auditoría, y los elementos aportados por el denunciante, no se observaron incumplimientos a la normativa institucional, por parte del funcionario mencionado, al presentar una denuncia ante la Junta Directiva de la Caja Costarricense de Seguro Social.*

*En concordancia con lo mencionado, esta Auditoría procedió a confeccionar Resolución de Caso RC-071- 2016, del 06 de junio, 2016, para archivar el asunto.*

Como antecedente, se tiene que en el artículo 22° de la sesión N° 8773, celebrada el 23 de abril del año 2016, la Junta Directiva adoptó la resolución que literalmente dice:

**“ARTICULO 22°** *Se tiene a la vista el oficio número P.E. 25.847-15, del 14 de abril del año 2015, suscrito por la Jefa de Despacho de la Presidencia Ejecutiva, mediante el cual remite la nota de fecha 13 de abril del año 2015, suscrita por el Arq. Ronald Rodríguez González, Presidente de Arquitectura Rodgo S.A., en el que presenta denuncia contra el funcionario Lic. Minor Eduardo Cordero Gallardo, Inspector de Leyes y Reglamentos en la Sucursal de Cartago. Señala que siendo la Junta Directiva que fue notificada de la denuncia, en primer lugar, se traslada la citada denuncia para lo que en derecho corresponda. El Arq. Rodríguez eleva denuncia porque considera abuso de poder y uso de información de la Caja con fines fraudulentos por parte del señor Cordero; refiere una serie de hechos relacionados previo a la elección de la Junta Directiva de la Asociación Solidarista de Empleados de la Caja Costarricense de Seguro Social (ASECCSS) y en la cual se postuló el señor Cordero Gallardo. Eleva la siguiente petición:*

*“Con fundamento en los hechos descritos solicito la apertura de una profunda investigación de los hechos y la apertura de un procedimiento administrativo contra el Lic. Minor Eduardo Cordero Gallardo, Inspector de Leyes y Reglamentos de la Sucursal de Cartago.*

*La suspensión del puesto mientras se realiza la investigación para evitar más abusos de poder, destrucción de prueba o sustracción de información.*

*Se nos tenga como parte interesada y acusadora en el proceso administrativo y a mi representada Arquitectura Rodgo S.A. y solicitamos audiencia ante la Junta Directiva de la CCSS para presentar nuestros alegatos y denunciar directamente este hecho antijurídico, ilícito y culpable”,  
y la Junta Directiva **ACUERDA** trasladarlo a la Auditoría, para el estudio correspondiente y que rinda un informe”.*

Asimismo, se deja constancia de que el señor Subauditor informa que la Auditoría dio respuesta al arquitecto Rodríguez González.

## **ARTICULO 9º**

Se tiene a la vista el oficio número SRL 112-VI-16, fechado 8 de junio del año 2016, suscrito por la Dra. Ma. Esther Hernández Solís, Secretaria de Relaciones Laborales de la Asociación Nacional de Profesionales en Enfermería (ANPE), en el que se refiere al lineamiento técnico código LGM DDSS AAIP PAPAM 0006 2016, respecto de la “*Atención a las personas de 80 años y más en los servicios de emergencia de los establecimientos hospitalarios, CAIS, Áreas de Salud*”. Señala que los Profesionales en Enfermería, afiliados a ese Sindicato, han manifestado su preocupación en cuanto al citado lineamiento, ya que considera que deja prácticamente en manos de enfermería la atención y requerimiento del usuario (a) así designado por el lineamiento que dice: “*1. Inmediatamente que ingresa una persona mayor de 80 años o más al servicio de emergencias, debe ser reportado por REDES al personal Jefe de Enfermería responsable del servicio en turno, el cual debe estar verificando máximo cada dos horas si hay personas adultas mayores pendientes de valorar, revalorar o en espera de exámenes y/o estudios de gabinete para agilizar los trámites respectivos*”. Reconoce que la atención al adulto mayor es una prioridad, pero esa responsabilidad no puede delegarse sólo en enfermería, ya que debe coordinarse un trabajo en conjunto, pues el citado lineamiento es muy general y sólo señala a enfermería como responsable de la atención. Dado lo anterior solicita lo siguiente:

- 1. “Se revalore este lineamiento técnico de octubre 2015.*
- 2. Se realice un mapa de ruta, donde se establezca la responsabilidad de cada miembro del equipo interdisciplinario, en cuanto a la responsabilidad en la atención del adulto mayor.*
- 3. Se inicien los programas de capacitación continua y sensibilización del personal.*
- 4. Se asigne presupuesto para cumplir con los requerimientos de comodidad y confort del adulto mayor.*
- 5. Se elimine del lineamiento la asignación de enfermería, como responsable de la atención del adulto mayor y esta sea responsabilidad de cada uno de los miembros del equipo que participan en la atención, ya que enfermería siempre está pendiente que se atienda al usuario de manera oportuna, eficiente, con calidad y calidez”.*

Agradece la valoración de lo solicitado en bien del adulto mayor, que requiere que se le atienda con humanidad por todo el equipo de salud.

Se tiene que, mediante Instrucciones de la Secretaría de Junta Directiva, número Inst. 245-16, del 4 de octubre del año 2016, dirigidas a la Dra. María Eugenia Villalta Bonilla, Gerente Médico, se traslada, para la atención correspondiente, el citado oficio,

y la Junta Directiva tomar nota de que el asunto está siendo atendido por la Gerencia Médica, a quien **se ACUERDA** solicitar que remita la Junta Directiva copia de la respuesta que se dé a la Sra. Hernández Solís.

#### **ARTICULO 10°**

**Se toma nota** de la copia del oficio número PE-1772-2016 de fecha 10 de junio del año 2016, suscrita por el Lic. Juan Luis Bermúdez Madriz, Asesor de la Presidencia Ejecutiva, dirigida al Dr. Reinier Chaves Solano, Director Regional de Servicios Médicos Pacífico Central, en la que en atención al oficio N° 22563 mediante el cual los representantes regionales de BUSSCO en Puntarenas solicitan la participación de funcionarios institucionales, que puedan exponer los alcances del proyecto del nuevo Hospital Monseñor Sanabria, y atender dudas sobre el tema, se le instruye para acompañar y liderar dicha participación. Refiere que las Gerencias Médica y de Infraestructura y Tecnologías designarán el personal del nivel central que los acompañará en dicha sesión.

#### **ARTICULO 11°**

**Se toma nota** de la copia del oficio número UMN-176-2016, del 15 de junio del año 2016, que en adelante se transcribe en forma literal, suscrito por el Dr. Edwin Solano Alfaro, Presidente de la Unión Médica Nacional, dirigida al MBA. Jorge Arturo Hernández Castañeda, Auditor Interno, en la cual se refiere a la serie de reportajes realizados por Canal 7 en que se menciona el oficio de la Auditoría N° 47148 del 1° de setiembre del año 2015 sobre el "*Comportamiento en el gasto de los Recursos Financieros involucrados en el pago a funcionarios*":

*"Como es de su conocimiento, Canal 7 utilizó el oficio indicado en el epígrafe para realizar una serie de reportajes que cuestionan el trabajo, salario y dignidad del cuerpo médico, esto en virtud de que dicha información está sesgada. Los reportajes en cuestión - además de otras consecuencias- ponen en riesgo la seguridad personal de estos colegas y la de sus familias, además de alterar la atención a los pacientes, esto porque se publicaron sus nombres.*

*De acuerdo con lo anterior y con el fin de obtener más elementos y realizar lo que en derecho nos corresponde como Sindicato que defiende los derechos laborales, sociales, profesionales y familiares de nuestros afiliados, le solicitamos bajo el derecho de petición y pronta respuesta, esto según el artículo 27 Constitucional, lo siguiente:*

- 1. ¿Cómo obtuvo y por cual medio Canal 7 el oficio No. 47148 del 01 de setiembre de 2015: "Comportamiento en el gasto de los Recursos Financieros involucrados en el pago a funcionarios"?*
- 2. ¿Para la Auditoría de la CCSS el tema salud es considerado como un gasto o una inversión?*
- 3. Con respecto al tema de los "funcionarios con salarios más altos pagados en el 2015", le pedimos:*
  - a.- ¿Qué razón, argumento o fin tiene la Auditoría de la CCSS de consignar los nombres de los funcionarios?*
  - b.- ¿Tomó en cuenta la Auditoría de la CCSS los riesgos de consignar esos nombres en el estudio, sobre todo por la seguridad personal del funcionario y la de su familia?*

- c.- *¿Alguno de esos funcionarios no realizó su trabajo?*
- d.- *¿Por qué la Auditoría no consignó lo que cada uno de esos Médicos realiza en la Caja?*
- e.- *¿Por qué la Auditoría de la CCSS no consignó la producción de trabajo de esos médicos?*
- f.- *¿Por qué la Auditoría NO consignó ni valoró en qué condiciones laborales, de equipamiento, infraestructura y de recursos humanos trabajan estos médicos en cada centro médico?*
- g.- *¿Quién o qué autoridad de la CCSS le solicitó a la Auditoría consignar los nombre de los Médicos?*
- h.- *¿Valoró la Auditoría si la CCSS tiene un estudio de las necesidades de plazas de especialistas que requiere la institución en los próximos 20 años?*
- i.- *¿Valoró la Auditoría de la CCSS qué costo económico tiene para cada paciente, los procedimientos, cirugías, tratamiento o cita médica brindada por los Médicos de la CCSS si hubieran tenido que recurrir a la medicina privada?*

*4. La Auditoría señaló que tres médicos laboran para el Hospital de Guápiles, dos para el de Ciudad Neily y dos en el Hospital de los Chiles. De acuerdo con lo anterior, es oportuno preguntar lo siguiente:*

*a.- ¿Valoró la Auditoría si esos centros Médicos cuentan con el mismo equipamiento, tanto en recursos humanos como en infraestructura, como lo tienen por ejemplo algunos hospitales centrales?*

*b.- ¿Valoró la Auditoría cuál es el costo y calidad de vida que deben enfrentar estos Médicos en razón de vivir y trabajar en esos Hospitales?*

*5. En cuanto al componente de las "guardias médicas", debemos preguntar lo siguiente:*

*a.- ¿La CCSS está en capacidad de suspender el pago de las guardias o disponibilidades médicas?*

*b.- ¿Qué consecuencias tendrían los pacientes si en este momento la CCSS suspende el pago de las guardias o disponibilidades médicas?*

*c.- ¿La Auditoría de la CCSS está autorizando suspender las guardias o disponibilidades médicas en la CCSS?*

*6. En cuanto al pago de las Guardias Médicas en otras áreas, debemos preguntar:*

*a.- ¿La Auditoría de la CCSS recomienda suspender las guardias médicas para el Área de Salud de Talamanca?*

*b.- ¿Considera la Auditoría de la CCSS que los pacientes de Cañas, Talamanca y San Marcos de Tarrazú cuentan con todos los servicios indispensables para una atención de calidad?*

*Siendo que esta información es vital, no dudamos que la Auditoría nos brindará esta información en el tiempo de ley o antes”.*

Se deja constancia de que el señor Subauditor informa que la Auditoría ya dio respuesta a la Unión Médica Nacional.

**ARTICULO 12°**

Se tiene a la vista el oficio número UNEBAN 003-2016, de fecha 14 de junio del año 2016, suscrito por el Lic. Braulio Sánchez González, Secretario de Junta Directiva de la Unión de Abogados y Notarios Externos de Bancos Estatales e Instituciones Afines (UNEBAN), en el que manifiesta que uno de los asociados, el Lic. Kenneth Mora Díaz, ha puesto en conocimiento de la Unión de Abogados y Notarios Externos de Bancos Estatales e Instituciones Afines, que, en forma aparente, no se está aplicando el Arancel de Honorarios por Servicios Profesionales de Abogacía y Notariado para remunerar los servicios que prestan los abogados externos de la Caja sino lo dispuesto por una directriz o reglamento interno, lo que considera que va en perjuicio directo de los derechos profesionales, por lo que procede a realizar la consulta pertinente, con el fin de verificar la realidad de lo denunciado de previo a proceder a realizar acciones concretas ante los órganos competentes. Al respecto señala lo siguiente:

*“Con ese objeto, nos dirigimos a ustedes para verificar si se está desaplicando el Arancel de honorarios vigente (de aplicación obligatoria desde su promulgación), y la sentencia 000288-SI-2009 de la Sala Primera de la Corte Suprema de Justicia, que en lo que interesa dispuso que: "... DEBE APLICARSE EL ARTICULO 11 del ARANCEL, SIN EXCEPCION, a TODOS LOS PROCESOS PRESENTADOS A ESTRADOS POR LOS ABOGADOS DEL BANCO, como efecto de la declaración de ilegalidad hecha (se refiere al Reglamento interno del Banco sobre la forma y oportunidad de pago de honorarios), SIN IMPORTAR LA FECHA DE INTERPOSICION DE LAS DEMANDAS".*

*El agremiado ha denunciado, también, que dentro de los expedientes 12-003200-1027-CA y 13-003741-1027-CA del Tribunal Contencioso Administrativo, gestionados por su persona contra la CCSS para el cobro de honorarios pendientes, existe un atraso injustificado de más de 3 años debido a que no se ha dado una respuesta final por parte de la Junta Directiva ni de la Dirección Jurídica en la fase de conciliación, lo que también afecta seriamente sus intereses.*

*En virtud de lo expuesto, solicitamos una respuesta de la Junta Directiva a las dos situaciones denunciadas por nuestro agremiado, concretamente se pregunta: 1) ¿si se está aplicando o no lo dispuesto en el Arancel de Honorarios Profesionales de Abogacía y Notariado -en cuanto a monto y forma de pago- a los abogados externos de la institución? y, ¿si se tiene conocimiento de los procesos de cobro iniciados por el agremiado de UNEBAN ante los Tribunales Contencioso Administrativos, y del acuerdo de conciliación pendiente?”*

y la Junta Directiva –en forma unánime- **ACUERDA** trasladarlo para análisis de la Dirección Jurídica.

**ARTICULO 13°**

*“De conformidad con el criterio GA-41201-2017, el acceso de esta información, por ser de carácter confidencial de conformidad con reiterada jurisprudencia de Sala Constitucional, se excluye de publicación”.*

**ARTICULO 14°**

Se tiene a la vista la nota número SCU-083-2016, de fecha 20 de junio del año 2016, suscrita por los señores Carlos Báez Sossa, Secretario de Conflictos, y Omar Garita Barrantes, Presidente Seccional Hospital Monseñor Sanabria, Unión Nacional de Empleados de la Caja y la Seguridad Social (UNDECA), en la cual manifiestan que la Gerencia Médica de la Caja, en una forma que consideran injustificada, no contempló dentro del informe final respecto de la construcción del nuevo Hospital en Puntarenas, a las actuales autoridades del Hospital Monseñor Sanabria, ya que se dio a conocer a la opinión pública y a la comunidad puntarenense, por delegación al Dr. Rainer Chávez Solano, Director Regional de la Región Pacífico Central, la confirmación de un modelo de Hospital para Puntarenas. Plantean una serie de hechos, cuestionamientos y refutan el contenido del último informe emitido por la Gerencia Médica y expuesto por el Dr. Chávez Solano, Director Regional. Dado lo anterior, solicitan se instruya a la Gerencia Médica para que les brinde una audiencia con la participación de los señores Diputados (as) de la Provincia, BUSSCO Regional Puntarenense y las autoridades del Hospital Monseñor Sanabria, en forma inmediata, con la finalidad de establecer un proceso de revisión integral del plan funcional con participación permanente de las autoridades locales del Hospital Monseñor Sanabria, y su equipo de trabajo, a fin de replantear un nuevo proyecto debidamente consensuado y ajustado a lo que la población de la provincia de Puntarenas requiere.

Como referencia se tiene que en el artículo 14° de la sesión N° 8853, celebrada el 7 de julio del año 2016, se acordó:

*“ARTICULO 14° Finalmente y habiéndose hecho la presentación del informe en relación con los cambios realizados en Proyecto de construcción nueva estructura del Hospital Monseñor Sanabria (Ref. Oficio número GM-SJD-14270-2016 del 27 de junio del año 2016, suscrito por la señora Gerente Médico), la Junta Directiva ACUERDA:*

- 1) Dar por recibido el informe en referencia que constituye un informe de avance del trabajo que se ha venido realizando.*
- 2) En consideración de lo planteado en la parte deliberativa, solicitar a la Gerencia Médica, en relación con los Proyectos de construcción de nueva estructura, que se estandarice la metodología de los estudios sobre el particular.*

*Asimismo y entre otros aspectos planteados en la deliberación, se le pide que, en cuanto al Proyecto de construcción de la nueva infraestructura del Hospital Monseñor Sanabria, se esquematice la información en cuanto a las condiciones que se tenían antes del terremoto, la que se tienen en este momento y las que se espera que tenga el Hospital en un futuro; lo relativo al recurso humano (y dentro de ello la formación de*

*médicos especialistas) requerido cuando la nueva planta física entre en operación, así como al equipo médico.*

*Por tanto, se queda a la espera de la presentación de la respectiva propuesta a la Junta Directiva, y se **dispone** que se continúe con el trabajo técnico que se ha venido desarrollando”,*

y la Junta Directiva –por unanimidad- **ACUERDA** trasladarlo a la Gerencia Médica, para lo correspondiente.

#### **ARTICULO 15º**

Se tiene a la vista el oficio número PE-1827-2016, del 17 de junio del año 2016, suscrito por la Jefa de Despacho de la Presidencia Ejecutiva, por medio del que remite el oficio N° TRA-0338-16-SSC, de fecha 16 de junio del año 2016, suscrito por la Sra. Karen Arias Hidalgo, Secretaria Municipal de Pérez Zeledón, en que comunica el acuerdo tomado por el Concejo Municipal relacionado con la construcción de EBAIS en Pérez Zeledón, que se lee de este modo, en forma textual:

*“Solicitar a la Presidencia Ejecutiva y a la Junta Directiva de la Caja Costarricense de Seguro Social, realizar las gestiones correspondiente, para que a la brevedad posible, se cumpla el compromiso adquirido con la Comisión de Apoyo Social, para la construcción de los 10 EBAIS y del Área de Salud de Pérez Zeledón.*

*Se solicita acuerdo definitivamente aprobado”,*

Se tiene que mediante Instrucciones de la Secretaría de Junta Directiva, número Inst. 242-16, de fecha 3 de octubre del año 2016, suscritas por la Licda. Emma Zúñiga Valverde, Secretaria de Junta Directiva, y dirigidas a la Dra. María Eugenia Villalta Bonilla, Gerente Médico, y a la Arq. Gabriela Murillo Jenkins, Gerente de Infraestructura y Tecnologías, les traslada, para su atención conforme corresponda, cada una en el ámbito de su competencia y en forma coordinada; coordina la respuesta al citado oficio la Gerencia de Infraestructura y Tecnologías,

y la Junta Directiva toma nota de que el asunto está siendo atendido por las Gerencias Médica y de Infraestructura y Tecnologías, y se **ACUERDA** solicitarles remitir a la Junta Directiva copia de la respuesta que se dé a la señora Arias Hidalgo.

#### **ARTICULO 16º**

Se tiene a la vista el oficio número ACODIMED-0049-2016 de fecha 17 de junio del año 2016, que en adelante se transcribe literalmente, suscrito por el Dr. Francisco Pérez Gutiérrez, Presidente de la Asociación Costarricense de Directores Médicos del Sector Salud (ACODIMED), por medio del que eleva la solicitud de dotación de equipo tecnológico para control de activos en los servicios de salud:

*“El Sindicato “Asociación Costarricense de Directores Médicos (ACODIMED)”, debidamente inscrito en el Departamento de Organizaciones Sociales del Ministerio de Trabajo y de conformidad con los numerales 27 y 30 de la Constitución Política así como*

*el artículo 6 de la Ley 9097, REGULACION DEL DERECHO DE PETICION, se solicita lo siguiente:*

*Que después de haber realizado exitosamente la "Segunda Jornada de Capacitación para Directores, Subdirectores y Asistentes de Dirección" donde se trató el tema de Control de Bienes Muebles, Activos y Suministros, con la participación de expositores de la Auditoría Interna de la Institución, del Área de Control Interno, de la Sub Área de Control de Bienes Muebles Área de Sistemas de Seguridad y Vigilancia, se llegó a la conclusión de una de las debilidades que presenta nuestro sistema es la falta de dotación tecnología de punta para el control de los activos y el adecuado resguardo de los bienes institucionales.*

*Por lo tanto la Junta Directiva de ACODIMED tomó el acuerdo con fundamento en la Ley de Control Interno que el jerarca está en la obligación de dotar de los recursos necesarios para el adecuado control interno, por lo que solicitamos a la Junta Directiva de la CCSS para que se proceda a girar instrucciones para que se dote de los mismos.*

*Estaremos a la espera del acuerdo de Junta Directiva”,*

y la Junta Directiva –en forma unánime- **ACUERDA** trasladarlo a las Gerencias Financiera, y de Infraestructura y Tecnologías, para lo correspondiente, cada una en el ámbito de su competencia y en forma coordinada; coordina la respuesta la Gerencia de Infraestructura y Tecnologías.

#### **ARTICULO 17º**

Se tiene a la vista el oficio número ACODIMED-0051-2016, fechado 17 de junio del año 2016, suscrito por el Dr. Francisco Pérez Gutiérrez, Presidente de la Asociación Costarricense de Directores Médicos del Sector Salud (ACODIMED), mediante el que se eleva solicitud de información sobre cumplimiento de una directriz de la Contraloría General de la República. El citado oficio dice:

*“Se nos informe si la Auditoría Interna de la CCSS, está cumpliendo con lo establecido por la Contraloría General de la República en el punto 4.7 del INFORME NRO.DFOE-SOC-IF-25-2015 del 14 de Enero del 2016 que dice:*

*Disposiciones al Auditor Interno de CCSS:*

*"4.7. Emitir instrucciones al personal de la Auditoría Interna, con el fin de que se suspenda a práctica de solicitar a la Administración Activa, por medio de las recomendaciones contenidas en informes de Auditoría, la realización de investigaciones preliminares para la determinación de eventuales responsabilidades. Para acreditar el cumplimiento de esta disposición, se deberá remitir a la Contraloría General, a más tardar el 29 de Febrero del 2016, copia certificada de la comunicación mediante la cual se emitieron las instrucciones solicitadas. "*

*Por la importancia de esta materia les solicitamos enviar la respuesta a la menor brevedad con el fin de hacerla del conocimiento de todos nuestros agremiados”.*

Como antecedente se tiene que en el artículo 7° de la sesión N° 8821, celebrada el 21 de enero del año 2016, la Junta Directiva adoptó la resolución que literalmente dice, en lo conducente:

**“ARTICULO 7°**

*Se tiene a la vista la nota número PE-0119-16 de fecha 18 de enero del año 2015, suscrita por la Dra. María del Rocío Sáenz Madrigal, Presidenta Ejecutiva, mediante la cual adjunta el oficio N° 00520 (DFOE-SOC-0042), de fecha 14 de enero del año 2016, suscrito por el Lic. Ronald Gerardo Bejarano Izabá, Gerente de Área Fiscalización de Servicios Sociales de la Contraloría General de la República, mediante el cual remite el Informe N° DFOE-SOC-IF-25-2015, “Auditoría de carácter especial sobre la actividad de la Auditoría Interna de la Caja Costarricense de Seguro Social”.*

*El oficio N° 00520 (DFOE-SOC-0042), en el apartado de resultados, conclusiones y disposiciones, dice en forma textual (...).*

**4. DISPOSICIONES (...).**

*1.1. Emitir instrucciones al personal de la Auditoría Interna, con el fin de que se suspenda la práctica de solicitar a la Administración Activa, por medio de las recomendaciones contenidas en informes de auditoría, la realización de investigaciones preliminares para la determinación de eventuales responsabilidades. Para acreditar el cumplimiento de esta disposición, se deberá remitir a la Contraloría General, a más tardar el 29 de febrero de 2016, copia certificada de la comunicación mediante la cual se emitieron las instrucciones solicitadas. Al respecto ver comentarios de los párrafos 2.18 a 2.25 del presente informe (...).*

*y la Junta Directiva trasladar el informe en referencia a la Auditoría para que, dentro de los plazos al efecto establecidos, dé fiel cumplimiento y atienda las disposiciones de la Contraloría General de la República y con la solicitud de que se comunique a la administración de los ajustes que se tendrán que realizar. Una vez realizado lo anterior se le solicita informar a la Junta Directiva sobre lo actuado.”*

Asimismo, se tiene que por medio de Instrucciones de la Secretaría de Junta Directiva, número Inst. 246-16, de fecha 4 de octubre del año 2016, dirigidas al Lic. Jorge A. Hernández Castañeda, Auditor Interno, se traslada, para su atención conforme corresponda, el citado oficio,

y la Junta Directiva –por unanimidad- **ACUERDA** tomar nota de que el asunto está siendo atendido por la Auditoría, a quien se solicita remitir copia a la Junta Directiva de la respuesta que se dé al Dr. Pérez Gutiérrez.

**ARTICULO 18°**

Se tiene a la vista el oficio número ACODIMED-0070-2016, de fecha 5 de agosto del año 2016, suscrito por el Dr. Francisco Pérez Gutiérrez, Presidente de la Asociación Costarricense de

Directores Médicos del Sector Salud (ACODIMED), mediante el cual informa que la Junta Directiva del Sindicato de Directores Médicos (ACODIMED), tomó el acuerdo de presentar queja formal ante la Junta Directiva, dada la directriz emitida por la Dirección de Recursos Humanos de la Institución, por medio del oficio N° DAGP-1196-2016, donde se instruye a todos los niveles jerárquicos de la Caja lo referente a las jefaturas autorizadas para la evaluación de desempeño de los trabajadores. Al respecto señala que existe inconformidad por parte de los Directores Médicos afiliados a ese Sindicato, por cuanto no se está considerando la realidad de que no existen “*Jefaturas Reales y Efectivas*” en todos los servicios de las Áreas de Salud y Hospitales, por lo que se ha tenido que crear la figura de coordinadores para un adecuado funcionamiento administrativo en servicios como Farmacia, Laboratorio, Enfermería, REDES, Patología, Rayos X y Consulta Externa, entre otros. Refiere que esa práctica administrativa data de hace más de 30 años, de la cual señala que es conocedora la Dirección de Recursos Humanos y la altas autoridades de la Institución. Manifiesta, entre otros, que ese Sindicato ha solicitado por escrito a las Gerencias Médica y Administrativa que se les conceda un espacio de negociación para proponer soluciones sobre la problemática de la falta de “*Jefaturas Reales y Efectivas*” y a la fecha no ha obtenido una respuesta favorable, por lo que eleva la siguiente petición:

*“Por lo anteriormente expuesto la Junta Directiva de este Sindicato solicita expresamente a la Junta Directiva de la CCSS, tomar acuerdo y se instruya al Director de la Dirección de Administración y Gestión de Personal dejar sin efecto la directriz del oficio en cuestión, hasta tanto no se haya realizado un estudio técnico de la realidad y dotado de las plazas correspondientes e indispensables para el funcionamiento de los diferentes Servicios de los Centros de Salud.*”

*De un análisis meritorio del oficio de cita, se determina con absoluta certeza que dicho acto administrativo adolece de los elementos de validez tales como el adecuado motivo y la adecuada motivación conforme lo establece el art.133 y art.136 de la Ley General de Administración Pública, por lo que dicho acto contiene un vicio de nulidad absoluta”,*

y la Junta Directiva –en forma unánime- **ACUERDA** trasladarlo a la Gerencia Administrativa para la atención correspondiente.

## **ARTICULO 19°**

Se tiene a la vista el oficio número ACODIMED-0069-2016, del 29 de julio del año 2016, que firma el Dr. Francisco Pérez Gutiérrez, Presidente de la Asociación Costarricense de Directores Médicos del Sector Salud (ACODIMED), en el que manifiesta que, ante múltiples inquietudes de los agremiados en cuanto a que frecuentemente diferentes autoridades de la Institución y unidades como la UTLE (Unidad Técnica de Listas de Espera), Subárea de Bienes Muebles y Activos, solicitan a los Directores Médicos certificar información emitida por las jefaturas de Registros Médicos, Validación de Derechos, Presupuesto, Proveduría, Activos, Bienes Muebles, Recursos Humanos y otros, lo cual materialmente es imposible de constatar y, por lo tanto, certificar, por lo que esa Junta Directiva considera que el alcance de las certificaciones solicitadas no debe ir más allá de certificar que la información emitida es la oficial brindada por la jefatura del servicio correspondiente. Por tanto, solicita que se instruya a quien corresponda y se emitan los procedimientos que deben regir para la emisión de las certificaciones. Además, solicita se

tome en cuenta la participación de esa Junta Directiva en la elaboración de las herramientas normativas que la materia requiere.

Dentro de los antecedentes se tiene que la Junta Directiva, en el artículo 10° de la sesión N° 8786, celebrada el 1 de julio del año 2015, adoptó la resolución que literalmente se lee así:

*“ARTICULO 10° Por lo tanto, la Junta Directiva, con el fin de que la Gerencia Médica presente, en un plazo de dos meses, una estrategia integral de gestión y control de listas de espera para procedimientos ACUERDA solicitar a todos los directores y directoras de hospitales y áreas de salud que depuren y certifiquen las listas de espera en un plazo de treinta días, según el formato que será remitido por la Gerencia Médica”.*

Recuerda el Director Devandas Brenes que el acuerdo de esta Junta Directiva era para que los Directores Médicos de los Hospitales, depuraran y certificaran las listas de espera, pero que don Francisco Pérez indica que les están pidiendo certificar la información de registros médicos, validación de derechos, presupuesto, proveeduría, activos, bienes muebles, recursos humanos y otros. En este momento el interés de la Junta Directiva es el tema de las listas de espera y alguna función ha cumplido esa exigencia.

Comenta la Dra. Sáenz Madrigal que la nota tenía la recomendación de enviarla a la Gerencia Médica. Se entiende que hay leyes que establecen la responsabilidad de las direcciones médicas, pero la Junta Directiva lo que solicitó en ese acuerdo se relaciona con las listas de espera y esa petición se mantiene, porque no se ha tomado una decisión distinta a ese acuerdo.

Aclara el Subgerente Jurídico que se están mezclando dos temas. Si se analizan desde el prisma del acuerdo, se observa muy amplio porque incluye, como bien señala don Mario, la solicitud de certificar lo concerniente a bienes institucionales y ese aspecto está contenido la Ley de Control Interno, en términos de que hay que cumplir con ese requisito. Se tiene que tener un inventario de los bienes, de lo que hay en la oficina, para cuando se le solicite tenerlo a disposición, pero el tema compromete a la Unidad Técnica de Listas de Espera (UTLE), porque se indica: “Unidades como la UTLE y el Subárea de Bienes de Muebles y Activos, solicita a los directores certificar información ...”. En ese sentido, se deben separar dos puntos que son diferentes, no son contradictorios y, ciertamente, la Junta Directiva está en su potestad, tal y como lo indica, de que se certifique y pareciera que es la UTLE la Unidad está realizando el ejercicio de requerir esa información, pero el tema relacionado con las listas de espera en general. Por otro lado, hay una unidad que, en ejercicio de sus competencias, está solicitando que se certifique también los activos que hay en cada centro médico, porque son temas que no se pueden evadir.

Propone la señora Presidenta Ejecutiva incluir en el acuerdo, en la remisión decir: “... que reconocemos que hay leyes que establecen certificaciones y responsabilidades como la Ley de Control Interno; pero que el acuerdo que se tomó, específicamente, es sobre la certificación de las listas de espera”. La preocupación de don Gilberth Alfaro es porque la Junta Directiva tomó ese acuerdo y se debe recordar en esa respuesta, que hay un interés de la Junta Directiva de abordar el tema de listas de espera y, en ese abordaje, se les solicitó la certificación a los médicos directores.

Aclara el Lic. Alfaro Morales que es traer ese tema al presente, para que no se determine como un asunto que surgió de la nada en la Junta Directiva sino que está en el contexto de la preocupación por las listas de espera.

Refiere el señor Subauditor que, en respuesta a la consulta y respecto de la obligatoriedad de los titulares subordinados que establece la Ley de Control Interno, el tema de las listas de espera ha sido definido por el titular, -es decir, por la Junta Directiva porque es el jerarca- como un asunto de trascendencia y relevancia a nivel institucional. De ahí que también ha ordenado a las diferentes instancias institucionales establecer los controles y los indicadores correspondientes, en relación con las listas de espera. En particular, en el caso de los directores médicos de los hospitales, el artículo 10° de la Ley de Control Interno, señala que es responsabilidad del titular subordinado, en este caso, de los directores médicos de los hospitales establecer, mantener, perfeccionar y evaluar el sistema de control interno y será su responsabilidad realizar las acciones necesarias, para garantizar el efectivo funcionamiento de ese sistema de control interno, de tal manera que también los directores médicos de los hospitales tienen la responsabilidad de llevar el control de las listas de espera de los pacientes.

**Por tanto**, la Junta Directiva –en forma unánime- **ACUERDA** comunicar al Dr. Francisco Pérez Gutiérrez, Presidente de ACODIMED, que reconoce que hay leyes que establecen la obligatoriedad de extender certificaciones y, también, definen responsabilidades, tal es el caso de la Ley de Control Interno. Asimismo, informarle que como antecedente se tiene que en el artículo 10° de la sesión N° 8786, celebrada el 1 de julio del año 2015, se adoptó la resolución que literalmente se lee así:

*“ARTICULO 10° Por lo tanto, la Junta Directiva, con el fin de que la Gerencia Médica presente, en un plazo de dos meses, una estrategia integral de gestión y control de listas de espera para procedimientos ACUERDA solicitar a todos los directores y directoras de hospitales y áreas de salud que depuren y certifiquen las listas de espera en un plazo de treinta días, según el formato que será remitido por la Gerencia Médica”.*

Ello, en virtud de que hay un interés de este órgano colegiado de abordar el tema de listas de espera y, dentro de ese abordaje, se solicitó información certificada a los médicos directores.

#### **ARTICULO 20°**

Se tiene a la vista la nota número ACODIMED-0080-2016, fecha 23 de setiembre del año 2016, que firma el Dr. Marco Salazar Rivera, Vicepresidente de la Asociación Costarricense de Directores Médicos del Sector Salud (ACODIMED), por medio de la que informa que en la sesión ordinaria del 23 de setiembre del año 2016, la Junta Directiva de ACODIMED acordó solicitar a la Junta Directiva de la Caja, que se instruya a quien corresponda para que emita los lineamientos institucionales que regulen la grabación de videos, audios y toma de fotografías por parte de usuarios externos, en las instalaciones de los centros asistenciales de la Institución, y la Junta Directiva –en forma unánime- **ACUERDA** trasladarla a la Gerencia Administrativa, para la atención correspondiente, con el apoyo de la Dirección de Comunicación Organizacional.

**ARTICULO 21°**

Se tiene a la vista la comunicación número ACODIMED-0085-2016, del 07 de octubre del año 2016, suscrita por el Dr. Francisco Pérez Gutiérrez, Presidente ACODIMED (Asociación Costarricense de Directores Médicos del Sector Salud), en la que, de conformidad con los numerales 27 y 30 de la Constitución Política así como el artículo 6 de la Ley 9097, REGULACION DEL DERECHO DE PETICION, solicita:

“Aclarar si lo expresado por el Dr. Mario Devandas Brenes, en calidad de miembro de la Junta Directiva de la Caja Costarricense de Seguro Social, en el artículo "180.000 esperan cita con Médico Especialista", publicado en el periódico La Nación, el día 02 de Octubre del presente año es avalado por los miembros de esa Junta Directiva y de ser así en que se fundamenta dicho criterio.

El artículo en mención expresa literalmente: "(...) **Puntos críticos.** El directivo de la Caja sostiene que, a lo interno de la Junta, preocupan varios temas de gestión institucional.

Mencionó la falta de un sistema integrado de información y de evaluación para la toma de decisiones estratégicas.

**Tampoco dijo, está claro el papel del director médico y del administrador de un hospital (...)**", (la letra en negrita no es del original)..."

Comenta el Director Devandas Brenes que estuvo como invitado y representó a esta Junta Directiva, en una actividad de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Costa Rica y, en su intervención, estaba presente la periodista Ángela Ávalos. Indica que, en su oportunidad, la Dra. Villalta Bonilla se refirió al tema de la Consulta Externa, porque es un asunto que le ha preocupado, dado que no se ha conocido el tema de las listas de espera de esa Consulta, porque han estado abocados al tema de cirugías y procedimientos. La señora Gerente Médico indicó, en una información que se debía corroborar que había 180.000 personas en listas de espera para citas con especialistas. Esa aseveración la hizo la Dra. Villalta en el Canal 13, en su presencia y tomó nota de ese dato. De todas maneras, el problema de listas de espera en Consulta Externa, le parece que se debería discutir en esta Junta Directiva, porque ese tema es agobiante. El otro asunto se ha discutido a nivel de la Junta Directiva, lo que menciona el Dr. Pérez que no se tiene un sistema de sistema de información y se está creando uno para la toma de decisiones estratégicas. No obstante, el tema del papel que desempeña el director médico y el del administrador de un hospital, no está claro, además, no está de acuerdo como se lleva a cabo la gestión hospitalaria y es el aspecto al que hizo referencia. Si les parece que conteste, con mucho gusto lo hace, porque la intervención que hizo en la Escuela de Salud Pública, la hizo por escrito y se las envió a los directores que solicitaron esa información. No obstante, quería aclarar el asunto, es decir, la información que dio sobre esos datos fue brindada por la Gerente Médico, en una sesión que estuvo con ella en Canal 13.

Aclara la Dra. Sáenz Madrigal que son dos puntos diferentes. Hay una petición muy clara, no se está preguntando de dónde tomó don Mario esa información. Lo que están preguntando es que si esa declaración que hizo, y si es avalada por la Junta Directiva, repite, no están interrogando de dónde don Mario tomó la información, ni si se la indicó la señora Gerente Médico. Le parece

que es necesario revisar las funciones de los directores médicos, porque aquí se ha planteado que están muy cargados y con funciones que no están direccionadas desde el punto de vista médico. También se ha planteado en varias ocasiones, la necesidad de revisar el papel que desempeñan los administradores -Directores Financieros o Administrativos-. Enfatiza en que en esa nota se hace referencia de varios puntos y el artículo en mención expresa literalmente: “*Puntos críticos: El directivo de la Caja sostiene que, a lo interno de la Junta, preocupan varios temas de gestión institucional. Mencionó la falta de un sistema integrado de información y de evaluación para la toma de decisiones estratégicas. Tampoco dijo, está claro el papel del director médico y del administrador de un hospital)...*” y, luego, el tema de las listas de espera, que fue lo primero. Se están retomando alrededor de tres temas y lo que plantean es si lo indicado por don Mario es criterio de la Junta Directiva.

Por su parte, el Director Loría Chaves señala que las declaraciones de cada Miembro del Órgano Colegiado, son a nombre propio y no en nombre de la Junta Directiva y no se puede hablar en nombre de todo el Órgano Colegiado. Por ejemplo, cuando va a la prensa, tiene plena conciencia de que no habla en nombre de la Junta Directiva, lo hace a nivel personal, porque al final de cuentas, cada Director tiene un criterio sobre los puntos que se discuten en el seno del Órgano Colegiado.

Comparte la Directora Alfaro Murillo el criterio con don José Luis. Todos los Miembros de la Junta Directiva participan en actividades y, evidentemente, externan criterios sobre temas de los que se cree que se debe abordar o temas que no son consultados, en el evento en particular, pero está claro que es a título personal. La petición que se solicita de si la Junta Directiva está de acuerdo con lo expresado o no, ella, por ejemplo, no puedo responderla, primero porque no conoce el detalle de lo manifestado por don Mario, aún don Mario se ofreció a traerlo por escrito, pero el tono, la forma, el momento, el contexto en que se hace referencia de los puntos, tiene un peso muy importante. En ese sentido, cree que al no haber presenciado el evento, al no haberlo escuchado directamente, no se tiene la referencia total de lo que otras personas estaban diciendo. Le parece que la respuesta a esta solicitud, es que se le indique al doctor Pérez que cada Miembro de la Junta Directiva, participa en múltiples eventos y en esos se manifiesta el criterio de cada Director y el Órgano Colegiado se constituye con los nueve miembros y cuando los nueve Directores están presentes y emiten un criterio, es en el marco de una Junta Directiva de una sesión y es lo que refleja la posición del órgano y los acuerdos, fuera de ese aspecto cualquier acción adicional es individual.

Agrega la Dra. Sáenz Madrigal que el pensamiento de la Junta Directiva se manifiesta mediante acuerdos.

Adiciona el Director Gutiérrez Jiménez que este tema no se puede redactar simplemente así, porque lo que se está indicando es que se comparte o no ese criterio. Lo que no sabe es si la Junta Directiva tiene que atender este tema o no, ese es el asunto. Cree que es inconveniente que no se dé, claramente, por establecido que es una opinión personal, no habla de don Mario, si no de cualquier persona. Puede ser que esté a favor o en contra de alguno de esos planteamientos, pero muchos de esos aspectos no se han discutido y esa es una opinión de don Mario, en ese caso. Él puede no estar de acuerdo en que el papel que desempeñan los administrados, por ejemplo, en los hospitales como lo indica don José Luis, pero lo que no le parece es que esta Junta Directiva tenga que estar desaprovechando el tiempo, atendiendo asuntos de esa naturaleza, porque los

Directores externen su opinión. El Director que se refiera a un asunto y lo indica en general, asegúrese que esa es su opinión, porque a él en este Órgano Colegiado nunca le han venido a indicar algún aspecto de esa naturaleza, porque siempre deja claro que es su opinión. Cree que en este caso, está quedando claro que don Mario estaba hablando a título personal, porque no lo observa diferente. Aclara que su comentario no es contra de don Mario, porque es la oportunidad para entender que se tiene que ser todavía más claros.

El Dr. Devandas Brenes da lectura parte de lo expresado en forma escrita: *“Un respetuoso saludo a todas las autoridades universitarias aquí presentes, al cuerpo docente y a los estudiantes. En nombre de la Junta Directiva de la Caja, agradezco la invitación que se nos formulara para participar en esta actividad. Ofrezco las disculpas por la ausencia de los otros Directores, debido a su necesidad de atender otros compromisos. Se nos indicó en la invitación que tenían ustedes deseos de conversar acerca de la visión de la Junta Directiva sobre el futuro de la Caja. Puedo afirmar que existe preocupación de todos los Directores sobre el futuro de esta importante Institución, pero como tal posición no se ha plasmado en un solo documento, en las reflexiones que siguen no puedo comprometer a los otros directores; son pues de mi entera responsabilidad”*. Por ese aspecto indicó que el dato de la Consulta Externa lo tomó de una intervención de la Gerente Médico, de modo que no es que lo inventó. Solicitará a la Dra. Villalta que le entregue una copia para distribuirla a los Miembros de la Junta Directiva.

**Y la Junta Directiva** –en forma unánime- **ACUERDA** informar al Dr. Francisco Pérez Gutiérrez, Presidente de ACODIMED (Asociación Costarricense de Directores Médicos del Sector Salud) que, en esta sesión, el Director Devandas Brenes se ha referido al contexto en que planteó el asunto y ha señalado que asistió como invitado y, según lo así dispuesto, representó a la Junta Directiva, en la celebración del aniversario de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Costa Rica y, en su intervención, estaba presente la periodista de “La Nación”, licenciada Ángela Ávalos. En esa ocasión se dirigió a los presentes en los siguientes términos, en lo conducente:

*“Un respetuoso saludo a todas las autoridades universitarias aquí presentes, al cuerpo docente y a los estudiantes. En nombre de la Junta Directiva de la Caja, agradezco la invitación que se nos formulara para participar en esta actividad. Ofrezco las disculpas por la ausencia de los otros Directores, debido a su necesidad de atender otros compromisos. Se nos indicó en la invitación que tenían ustedes deseos de conversar acerca de la visión de la Junta Directiva sobre el futuro de la Caja. Puedo afirmar que existe preocupación de todos los Directores sobre el futuro de esta importante Institución, pero como tal posición no se ha plasmado en un solo documento, en las reflexiones que siguen no puedo comprometer a los otros directores; son pues de mi entera responsabilidad”*.

Asimismo, comentó el doctor Devandas Brenes que, en un programa de Canal 13 en el que también él participó, la señora Gerente Médico indicó, en una información que señaló que se debía corroborar, que había 180.000 personas en listas de espera para citas con especialistas y él tomó nota de ese dato.

## ARTICULO 22°

Se tiene a la vista la nota N° 255-2016, de fecha 17 de junio del año 2016, suscrita por el Lic. Jorge Fallas Moreno, Secretario Concejo Municipal de Santa Ana, mediante la cual transcribe la resolución adoptada por el Concejo Municipal, según artículo VII, de la sesión ordinaria N° 07, celebrada el 14 de junio del año 2016 (moción de los Regidores José Ramón Sibaja Montero, César Chavarría Saborío y Adriana Villalobos Brenes):

*Considerando:*

- I.- Que la promoción de la salud es un área estratégica en el Programa de Gobierno 2016-2020.*
- II.- Que es de conocimiento por este Concejo Municipal que en los cantones de Puriscal y Mora, hay funcionando clínicas de Segundo Nivel de Atención.*
- III.- Que los vecinos y vecinas del Cantón de Santa Ana para ser atendidos en las especialidades de Segundo Nivel de Atención, requieren asistir a la Clínica Moreno Cañas.*
- IV.- Que dentro de las especialidades que se atienden en Segundo Nivel de Atención, están los Ultrasonidos, Gastroscopías, Rayos X, Oftalmología, entre otros.*
- V.- Que en COOPESANA se atienden emergencias de las 7:00 horas de la mañana hasta las 19 horas.*
- VI.- Que en la población de Santa Ana está en un crecimiento acelerado, y además, la población flotante oscila entre las quince mil personas.*
- VII.- Que es importante contar con servicios de medicina mixta.*

*Mocionamos:*

- 1. Para que el Concejo Municipal mediante acuerdo solicite a la Caja Costarricense del Seguro Social que se instale en el Cantón una clínica de segundo nivel de atención, con la finalidad que los vecinos no tengan que trasladarse hasta la Clínica Moreno Cañas para recibir estos servicios.*
- 2. Para que el Concejo Municipal por medio acuerdo solicite a la Caja Costarricense de Seguro Social se amplíe la atención de emergencias (urgencias) en COOPESANA, para que los mismos se presten las 24 horas y evitar con esto que los vecinos de nuestro Cantón, tengan que asistir al Hospital San Juan de Dios, después de las 19:00 horas (07:00 p.m.).*

**ACUERDO NÚMERO SEIS: CON DISPENSA DE TRÁMITE, APROBADA DE FORMA UNÁNIME Y EN FIRME: APROBAR LA MOCIÓN PRESENTADA POR LOS REGIDORES DE LA FRACCIÓN DEL PARTIDO LIBERACIÓN NACIONAL: SOLICITAR A LA CAJA COSTARRICENSE DEL SEGURO SOCIAL QUE SE INSTALE EN EL CANTÓN DE SANTA ANA, UNA CLÍNICA DE SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN, CON LA FINALIDAD DE QUE LOS VECINOS Y VECINAS DEL CANTÓN, NO TENGA QUE TRASLADARSE HASTA LA CLÍNICA MORENO CAÑAS, PARA RECIBIR ESTOS SERVICIOS. SOLICITAR A LA CAJA COSTARRICENSE DEL SEGURO SOCIAL, AMPLIAR LA ATENCIÓN DE EMERGENCIAS (URGENCIAS) EN COOPESANA, PARA QUE LOS MISMOS SE PRESTEN LAS VEINTICUATRO HORAS Y EVITAR CON ESTO QUE LOS VECINOS Y VECINAS DEL CANTÓN, TENGAN QUE ASISTIR AL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DESPUÉS DE LAS SIETE DE LA NOCHE. SOLICITAR A COOPESANA R.L. IMPLEMENTAR NUEVAMENTE LA MEDICINA MIXTA”.**

Se tiene que mediante Instrucciones de la Secretaría de Junta Directiva, número Inst. 243-16, de fecha 3 de octubre del año 2016, y dirigidas a la Dra. María Eugenia Villalta Bonilla, Gerente Médico, le traslada, para la atención correspondiente, el citado oficio,

y la Junta Directiva toma nota de que el asunto está siendo atendido por la Gerencia Médica, a quien se **ACUERDA** solicitar remitir copia a la Junta Directiva de la respuesta que se dé sobre el particular.

### ARTICULO 23°

Se tiene a la vista la nota de fecha 23 de junio del año 2016, suscrita por la Licda. Nicole Ivette Hidalgo Murillo, Carné 26049, Apoderada Especial, mediante la cual la suscrita abogada y en representación con calidad de Apoderada Especial de las siguientes nueve personas: Angelina Jiménez Agüero conocida como Angelina Madriz Jiménez; Cecilia Margarita Jara Arroyo; Denia Aracelly Campos Segura; María Fernanda Ugalde Ramírez conocida como Evelyn Ugalde Ramírez; Annia Yolanda Quesada Martínez conocida como Hannia Yolanda Quesada Martínez; Carlos Fernando Portilla Mora; María Zulma Barrantes Pérez; Elma Marietta Buchanan Dixon y Xenia América Arroyo Marengo, todas (o) (o) en calidad de enfermeras (o) pensionadas por la Caja. Señala que sus representadas son todas profesionales en enfermería, debidamente colegiadas ante el Colegio de Enfermeras y Enfermeros de Costa Rica, quienes laboraron para el Hospital San Juan de Dios y actualmente se encuentran pensionados, según el siguiente cuadro:

#	NOMBRE COMPLETO	NUMERO CEDULA	PUESTO DESEMPEÑADO	PERÍODO
1	ANGELINA JIMENEZ AGUERO	2-0291-0217	Enfermera	Enero 1989 a Diciembre 2013
2	ANNIA YOLANDA QUESADA MARTINEZ	6-0109-0971	Enfermera	Octubre 1986 a Abril 2014
3	MARIA BERNARDA UGALDE RAMIREZ	9-0028-0490	Enfermera	Enero 1991 a Julio 2010
4	CECILIA MARGARITA JARA ARROYO	6-0086-0584	Enfermera	Enero 1979 a Diciembre 2012
5	DENIA ARACELLY CAMPOS SEGURA	5-0142-0246	Enfermera	Setiembre 1998 a Diciembre 2012
6	MARIA ZULMA BARRANTES PEREZ	5-0151-0802	Enfermera	Enero 1997 a Diciembre 2015
7	ELMA MARRIETA BUCHANAN DIXON	1-0447-0454	Enfermera	Octubre 1990 a Noviembre 2015
8	CARLOS FERNANDO PORTILLA MORA	1-0393-1320	Enfermero	Enero 1991 a Diciembre 1999
9	XENIA AMERICA ARROYO MARENCO	6-0094-0547	Enfermera	Marzo 1972 a Octubre 2010

Señala una serie de hechos relacionados, entre otros, con el no pago como profesionales en enfermería; cita el fundamento legal y eleva la siguiente petitoria en forma textual:

*“Solicito que se realice el efectivo pago por cada rubro de las siguientes diferencias al pago de los salarios devengados a mis representadas, y que los siguientes rubros sean calculados con base en las fórmulas establecidas para los efectos por el Poder Judicial según sentencia número N° 751-2016 nueve horas treinta minutos del dieciséis de junio del año dos mil dieciséis y con la información existente en la base de datos de la Caja Costarricense del Seguro Social y para los rubros que no existe*

*la fórmula definida en dicha sentencia, sean calculados con las fórmulas establecidas por la CCSS.*

*Los rubros solicitados son:*

- ✓ *Diferencias salariales*
- ✓ *Diferencia en vacaciones*
- ✓ *Diferencia en aguinaldos*
- ✓ *Diferencia por salario escolar*
- ✓ *Intereses legales sobre las sumas adeudadas desde su exigibilidad*
- ✓ *Diferencias dedicación exclusiva*
- ✓ *Diferencia por incrementos anuales*
- ✓ *Diferencias complemento Salarial*
- ✓ *Cualquier otro plus salarial calculado únicamente sobre su base salarial*
- ✓ *Gastos legales de este trámite administrativo, conforme lo establece el ARANCEL DE HONORARIOS POR SERVICIOS PROFESIONALES DE ABOGACÍA y NOTARIADO",*

y la Junta Directiva – en forma unánime- **ACUERDA** trasladarla a la Gerencia Administrativa, para la atención conforme corresponda.

#### **ARTICULO 24°**

Se tiene a la vista el oficio número SINASSASS 0427-07-2016, fechada 4 de julio del año 2016, que firma el Lic. Hernán Serrano Gómez, Secretario General del Sindicato Nacional Administradores, Servicios de Salud y Afines del Seguro Social (SINASSASS), en el cual manifiesta que en la edición del 14 de junio del año 2016 el diario La Nación publicó una información sobre salarios pagados a algunos grupos ocupacionales de la Caja, que considera debe ser aclarada por cuanto es información errónea. Considera que es incorrecto indicar que la Institución paga a sus choferes y contadores hasta €3.5 millones de salario, que a un Trabajador Social se le depositó más de €4 millones por el mismo concepto y que la mayoría de los guardas que ganan más de €1 millón. Señala que según la escala salarial vigente, los siguientes son los salarios mensuales que se pagan a los funcionarios citados en la publicación con una referencia de 10 años de antigüedad:

<i>Puesto</i>	<i>Salario Total</i>
Chofer	€534.000.00
Guarda	€491.000.00
Trabajador Social 3	€1.267.000.00
Profesional 2 (Contador)	€1.205.000.00

Dado el efecto negativo que este tipo de información causa en la población, sobre todo, considerando que no corresponde a los salarios reales que se cancelan a estos trabajadores, el SINASSASS considera que debe ser aclarado el asunto ante la opinión pública mediante un comunicado de prensa, por lo que solicita a la Junta Directiva tomar un acuerdo al respecto, y la Junta Directiva –unánimemente- **ACUERDA** trasladarlo a la Gerencia Administrativa para la atención correspondiente.

**ARTICULO 25°**

Se tiene a la vista el oficio número DLE 78-2016 de fecha 5 de julio del año 2016, suscrito por los señores H. Lenin Hernández Navas, Secretario General del Sindicato Nacional de Enfermería (SINAE) y Juan Carlos Durán Castro, Secretario de Seguridad Social, Rerum Novarum, mediante el cual se refieren a la implementación de una red de cuidado institucional y adecuación de áreas para mujeres en período de lactancia, que enfocan desde dos aspectos claves, para obtener un mayor confort a la población laboral femenina, que por su gran número recae en la mayoría del recurso humano que posee la Caja. Plantean dos propuestas: “*Áreas adecuadas para el cuidado de los menores de 7 años, hijos (as) de funcionarias que laboran en la Caja y un Cubículo privado, dotado de los implementos necesarios para la extracción de leche materna de todas aquellas funcionarias que lo deseen utilizar*”, que nacen en momentos históricos de cambio y que se deberían implementar como plan piloto en alguno de sus centros de atención médica, donde pueda ensayarse su viabilidad, para ser introducido en todos los centros de salud que tiene la Caja. Citan las bondades de las propuestas y señalan que, en el caso de ser acogidas, cuentan con una alta probabilidad de éxito en el plano de seguridad social. Dado lo anterior elevan la siguiente petitoria:

- “1. Es por todo lo anterior que solicitamos, que sean analizados, discutidos e implementados para los centros de salud de nueva infraestructura, unidades de cuidado de niños y niñas, hijos de nuestras compañeras de trabajo.*
- 2. Que se implementen espacios físicos adecuados (cubículos) donde las funcionarias de la CCSS y madres que disfruten del tiempo de lactancia, puedan extraerse la leche materna en un espacio privado y conveniente para tal efecto.*
- 3. De ser positivo iniciar este proceso de análisis de viabilidad, se le permita a esta representación sindical participar de esta mesa de trabajo”*,

y la Junta Directiva –en forma unánime- **ACUERDA** trasladarlo a la Gerencia Administrativa para la atención correspondiente.

**ARTICULO 26°**

Por unanimidad, **se declara la firmeza** de los acuerdos hasta aquí adoptados en relación con la correspondencia.

Ingresa al salón de sesiones la señora Gerente Médico, doctora María Eugenia Villalta Bonilla, y la licenciada Ana María Coto Jiménez, Asesora de dicha Gerencia.

**ARTICULO 27°**

En relación con el oficio N° GM-SJD-20672-2016, de fecha 21 de octubre del año 2016, por medio del que se presentan los resultados del estudio sobre situación de la adolescencia en la Educación Secundaria de Costa Rica, **se toma nota** de que se reprograma para la sesión del 3 de noviembre próximo.

Ingresa al salón de sesiones el doctor Hugo Chacón Ramírez, Jefe del Área de Atención Integral a las Personas; la doctora Vilma García Camacho, y la licenciada Karla Berrocal Saborío,

Trabajadora Social del Programa Adulto Mayor, Coordinadora del Programa Normalización de la Atención a la Persona Adulta Mayor, Área de Atención Integral a las Personas.

La Directora Soto Hernández se disculpa y se retira temporalmente del salón de sesiones.

El Director Fallas Camacho, por razones de salud, se retira del salón de sesiones.

**ARTICULO 28°**

Se tiene a la vista el oficio N° GM-SJD-20695-2016, del 21 de octubre del año en curso, firmado por la Gerente Médica, que contiene la propuesta para aprobar la Política Institucional para la atención integral de la persona adulta mayor en la Caja Costarricense de Seguro Social.

La exposición está a cargo de la doctora García Camacho, quien, al efecto, se apoya en las láminas que se especifican:

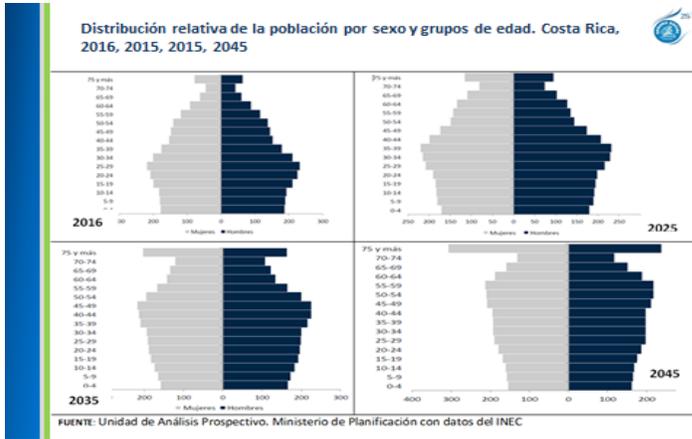
1)



2)



3)



4)



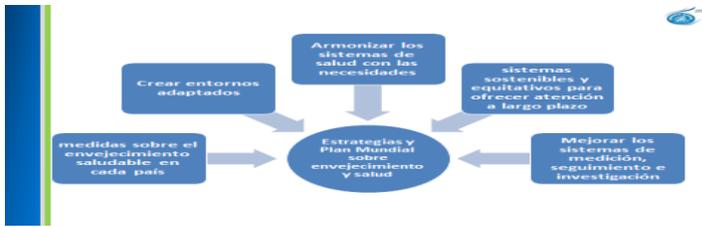
5)



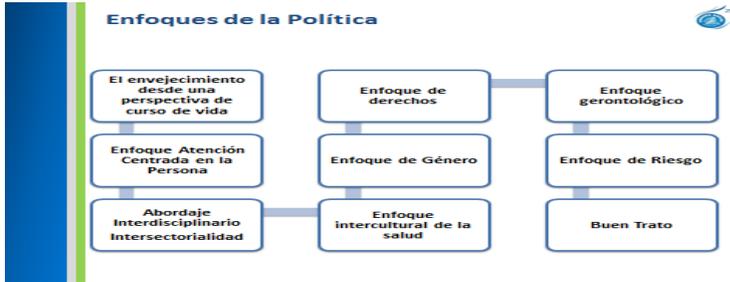
6)



7)



8)



9)

### Objetivo General de la Política

Fortalecer la prestación de servicios institucionales para el abordaje integral e integrado de la persona adulta mayor, con la finalidad de responder a sus necesidades, acorde con la demanda del envejecimiento poblacional del país.

10) Enunciados de la Política.

11)



12)

1. La CCSS fortalecerá la atención integral e integrada, en la prestación de servicios de salud, con un enfoque de curso de vida que promueva un envejecimiento activo y saludable, según demandas demográficas y epidemiológicas de la población.

- Identificación del riesgo
- Acciones de PS con un enfoque de curso de vida
- Acciones específicas PS para PAM y su red de apoyo
- Fortalecimiento de la gestión en red . atención geriátrica
- Fortalecimiento de acciones para apoyo cuidadores familiares

13)

2. La CCSS implementará modalidades de atención ambulatoria en salud, que promuevan la permanencia de las personas adultas mayores en su entorno habitual.



14)

3. La CCSS armonizará la prestación de los servicios de salud y pensiones, según demandas de las personas adultas mayores, asegurando desde un enfoque de derechos, una atención de calidad y con visión de excelencia.



15)

4. La CCSS facilitará el acceso a los servicios de salud y pensiones que ofrece a la población adulta mayor mediante acciones de mejora regulatoria, tomando en cuenta sus necesidades.



16)

5. La CCSS orientará las prestaciones complementaria (prestaciones sociales, prestaciones económicas y ayudas técnicas) dirigidas a las personas adultas mayores, acorde con la competencia institucional y disponibilidad de recursos.



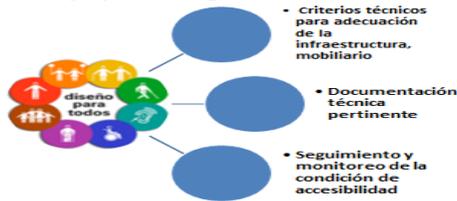
17)

6. La CCSS desarrollará las competencias del Recurso Humano para brindar servicios institucionales en la atención integral hacia las personas adultas mayores, para asumir el reto del envejecimiento poblacional.



18)

7. La CCSS continuará con los esfuerzos para la adecuación de la infraestructura y equipamiento para la atención de las personas adultas mayores y sus acompañantes en los establecimientos institucionales, acorde con el perfil demográfico y epidemiológico.



19)

8. La CCSS fortalecerá la articulación y coordinación de acciones interinstitucionales e intersectoriales, que contribuyan al desarrollo de servicios institucionales acordes con las necesidades de las personas adultas mayores y a los retos del envejecimiento poblacional



20)

9. La CCSS promoverá el desarrollo de investigaciones en materia de envejecimiento y salud, acorde con la normativa institucional, desde una perspectiva gerontológica, para contribuir al mejoramiento de los servicios institucionales



21)

10. La CCSS establecerá los mecanismos para la administración, seguimiento y evaluación de la "Política Institucional para la Atención Integral de la Persona Adulta Mayor", que permita la mejora continua, el aprendizaje y la rendición de cuentas.

- Consejo
- Agenda
- Programa

22)

**Acciones inmediatas como parte de la implementación de la Política**

- Eliminación de la renovación del carne de asegurado PAM
- Fortalecimiento coordinación con el CONAPM - PAM abandonadas en hospital Abandono/RNC
- Alta programada Navegadoras

23)

**Acciones inmediatas como parte de la implementación de la Política**

- Proyecto de trabajo en red para la atención integral de la PAM.
- Priorización listas de espera
- Capacitación recurso humano

24)

**Envejecimiento saludable... ser capaces de hacer durante el máximo tiempo posible las cosas a las que damos valor**

La Dra. Vilma García Camacho se refiere a la Política institucional, para la atención integral de la persona adulta mayor en la Caja Costarricense de Seguro Social. Hace hincapié en que en el proceso se ha invertido alrededor de un año, el cual fue muy concentrado con los factores institucionales de las diferentes Gerencias y, también, con la participación de personas adultas mayores; por lo cual, se recoge el sentir y las necesidades de esas personas, así como el de los diferentes sectores institucionales. En cuanto a aspectos relacionados con la justificación de la política están: demográficos, legales, entre otros y mencionará puntos muy significativos, por ejemplo, en este momento se conoce que el cambio estratificado poblacional en el país, es una

realidad con tendencia al envejecimiento poblacional. El cual se da por una disminución de la tasa global de fecundidad, una disminución de la tasa de mortalidad y un aumento de la esperanza de vida. Por ejemplo, en el año 2015 la esperanza de vida era de 79,7 años en promedio. Las mujeres viven en promedio alrededor de cinco años más que los hombres. Para el año 2025, se prevé un aumento de la esperanza de vida de manera global, es de alrededor de dos años más y para el año 2040, se proyecta que eleve alrededor de cuatro años más y, significativamente, el grupo que más se va a elevar, es el grupo de personas mayores de 75 años. En el resumen de las pirámides poblacionales, interesa señalar que en la pirámide del año 2016, se observa una horizontalización de la base con una disminución de la población menor de 15 años. Para el año 2025, continúa este fenómeno, pero también se empieza a observar que el promedio de la población en este país es de 34 años, lo cual señala que es una población envejecida y la Población Económicamente Activa (PEA), también es una población envejecida. Ese aumento del promedio de edades va aumentar, aproximadamente, cada año, alrededor de un año. Para el año 2035 se espera que el promedio en edad sea de alrededor de 35 años.

En cuanto a una pregunta del Director Loría Chaves, tendiente a conocer cuál es el promedio de la edad de las personas para el año 2025, responde la Dra. García que alrededor de 29 y 30 años.

Continúa la Dra. García y anota que para el año 2032, la población mayor de 65 años va a ser similar a la población menor de 15 años. En esos términos se tiene que tomar en cuenta aspectos importantes, como la relación de dependencia, porque va aumentar en un 4% para los menores de 15 años y alrededor de un 49% en los mayor de 65 años. Para el año 2045 el grupo de mayor peso, es el grupo mayor de 65 años. Hace énfasis en que la política está fundamentada en la normativa nacional e internacional, la cual se relaciona con la protección de los derechos de las personas adultas mayores, por ejemplo, el Plan de Madrid del año 2002, la Carta de San José, la Convención de Derechos de las Personas Adultas Mayores, aprobado por la Organización de Estados Americanos (OEA) y ratificada el mes pasado, en la Asamblea Legislativa de Costa Rica, así como la Ley Integral para la Persona Adulta Mayor y la Política Nacional de Envejecimiento. También se considera la normativa institucional, como es el Plan Estratégico Institucional (PEI), donde en el inciso 1g.), del objetivo N° 1) se refiere al Fortalecimiento de la Atención Integral a las Personas Adultas Mayores desde los servicios de salud. El objeto N°2), se refiere a la Protección Social y Económica Oportuna a la Población Asegurada y Beneficiaria de los Regímenes de Invalidez, Vejez y Muerte y no Contributivo. El año pasado la Organización Mundial de la Salud (OMS), publicó el Informe Mundial de Envejecimiento y Salud, en el que se resalta la tendencia mundial al envejecimiento poblacional, también la incidencia de las enfermedades crónicas importantes, porque disminuyen la funcionalidad de las personas mayores. Resalta que ya aparecen cada vez más trastornos de enfermedad asociados a la edad y es importante enfocar todas las estrategias desde los sistemas de salud, con una emisión de curso de vida. También se refiere a tres conceptos que les pareció importantes: la capacidad funcional, de todas las capacidades con que las personas nacen y se desarrollan, a lo largo de la vida en el plano físico y mental. El entorno en que se relaciona con todos los factores externos, en el cual todas las personas viven. Lo que es la capacidad funcional, la cual es la interacción entre la capacidad intrínseca y el entorno que hace que las personas sean y realicen lo que les satisface, es decir, se desarrollan como personas. En esa estrategia mundial sobre envejecimiento y salud, el cual viene a raíz del Informe Mundial, tiene una serie de objetivos que, realmente, la Institución los ha venido trabajando desde antes, en esa política que se está presentando. La política tiene cinco objetivos estratégicos y se mencionará la idea general de cada uno. 1)

Adoptar medidas en los diferentes países y diferentes instituciones, se refiere, precisamente, a los servicios de salud en los sistemas de salud que tienden a garantizar un envejecimiento saludable a la población y una mejor calidad de vida a las personas mayores. 2) La creación de entornos adaptados: la estructura física pero también el contexto sociológico donde se desarrollan las personas adultas. 3) Armonizar los sistemas de salud con las necesidades de las personas mayores. 4) Los Sistemas sostenibles y equitativos para ofrecer atención a largo plazo. 5.) Mejorar los sistemas de medición, seguimiento e investigación. Se tienen una serie de enfoque de la política:

1. Envejecimiento desde una perspectiva de curso de vida, es decir, ninguna persona se vuelve adulto mayor divorciado de las otras etapas de su vida.
2. El enfoque de atención centrada en la persona.
3. El abordaje interdisciplinario.
4. Enfoque de derechos.
5. Enfoque de género.
6. Enfoque intercultural de la salud.
7. Enfoque gerontológico.
8. Enfoque de riesgo.
9. Buen trato, el cual indica más allá de lo que es atención preferencial.

El objetivo general de la política es fortalecer la prestación de servicios institucionales para el abordaje integral e integrado de la persona adulta mayor, con la finalidad de responder a sus necesidades, acorde con la demanda del envejecimiento poblacional del país. Los enunciados de la política son diez y versan sobre:

- Atención integral e integrada en salud.
- Fortalecimiento de modalidades de atención ambulatoria.
- Calidad en servicios institucionales.
- Competencias de recurso humano con enfoque gerontológico.
- Infraestructura y equipamiento.
- Fortalecimiento de la investigación.
- Mejora regulatoria.
- Administración, seguimiento y evaluación de la política.

En cuanto a los enunciados de la política son:

1. Atención integral e integrada en salud. En la política se especifica el fortalecimiento de la atención integral e integrada en la prestación de los servicios de salud a la persona adulta mayor, acorde con las necesidades demográficas y epidemiológicas de la población. Cuenta con cinco estrategias: a) Identificación del riesgo, desde la perspectiva de identificación del riesgo epidemiológico, mental y social que permita el establecimiento de intervenciones específicas para mejorar la atención de la persona mayor y aumentar y fomentar su funcionalidad, mantener y mejorar su seguridad en un entorno domiciliario o familiar. b) Acciones de un enfoque de curso de vida. c) Acciones específicas de promoción de la salud para el adulto mayor y su familia. d) Fortalecimiento de la gestión en red, atención geriátrica, desde el primer nivel hasta el nivel especializado. e) Fortalecimiento de acciones para apoyo cuidadores familiares. Como se observó en la pirámide cada vez es más el

grupo de 75 años y, generalmente, uno de los grupos que requiere más cuidados a largo plazo.

2. Fortalecimiento de modalidades de atención ambulatoria. Se relaciona con los hospitales de día, atención visita y hospitalización domiciliar para aquellas personas que no se pueden desplazar a los establecimientos de salud. Además, se refiere a la alta programada, la cual es una estrategia para disminuir el tiempo de hospitalización de las personas mayores, porque a mayor tiempo de hospitalización, mayor riesgo de complicaciones. También se refiere con la gestión de casos desde un Primer Nivel de Atención.
3. Armonización de los servicios de salud y pensiones según la demanda de las personas adultas mayores, acorde al perfil demográfico y epidemiológico de la población adulta mayor. Con un enfoque de calidad y una visión de excelencia y se relaciona con la educación de los servicios de salud, a las necesidades de las personas mayores, entornos seguros que faciliten la movilización, a sacar citas -por medio del teléfono-. Además, se refiere al ajuste de los mecanismos de gestión, en lo referente a la entrega de las pensiones del Régimen no Contributivo (RNC), así como de las del Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte (RIVM) y, también, lo que es la facilitación del aseguramiento de las personas adultas mayores, para el acceso a los servicios de la Institución. El buen trato que va más allá de la atención preferencial, implica la comunicación empática y el respeto. Los procesos de comunicación institucional hacia el usuario externo, para garantizar la educación y al usuario interno, porque se tienen que sensibilizar acerca del propio proceso de envejecimiento que se está haciendo, para ejercer saludablemente para una vejez con salud.
4. Facilitar el acceso a los servicios de salud y a las pensiones, mediante acciones de mejora regulatoria, las cuales se relacionan con la identificación de trámites que realizan las personas adultas mayores. Además, con la simplificación de trámites y mejora regulatoria.
5. Fortalecer u orientar las prestaciones complementarias. Se trata de las prestaciones sociales, prestaciones económicas y ayudas técnicas dirigidas a las personas adultas mayores, acorde a sus necesidades y al perfil epidemiológico y demográfico. Se tiene que hacer una identificación, en los diferentes espacios institucionales de las prestaciones sociales que se están brindando en este momento, un ajuste de si lo que se está haciendo es lo que se requiere, si hay que incluir o excluir alguna, con el fin de que se produzca una sinergia o una articulación institucional para que la prestación social llegue a más personas.
6. La Institución desarrollará las competencias del recurso humano, en temas de vejez para brindar una atención óptima hacia las personas adultas mayores, en los diferentes servicios que presta la Institución. Se tiene la necesidad de incluir en los perfiles laborales, no solo profesionales sino técnicos de temática relacionada con el envejecimiento y vejez. Además, se trabajará en la capacitación continua del recurso humano, por ejemplo, en este momento se tienen programados varios cursos en la plataforma virtual.

Interviene la Directora Alfaro Murillo y pregunta cuál es el número de geriátras que se tienen en la Institución y cuántos se ocupan.

Responde la Dra. García que se tienen alrededor de 90 geriátras y se había realizado un ajuste por población, con una proyección total adulta mayor adscrita a los diferentes establecimientos, el criterio se refiere a un geriátra por cada 5.000 personas adultas mayores. En una sesión de trabajo, se analizaron otros recursos, los cuales pudieran apoyar en la atención de la persona adulta mayor, el ajuste es que según el estudio longitudinal de envejecimiento en Costa Rica, la auto percepción de la condición de salud, es muy cercano a la condición real de salud de las personas. En Costa Rica, alrededor del 49% de la población adulta mayor, manifiesta que tiene una condición de salud mala o muy mala, ese ajuste para las brechas que se tienen, es de alrededor de 30 geriátras para el año 2025. No se tiene el número exacto, pero se pueden mostrar las tablas con las que se trabajó y el cálculo exacto.

La Ing. Alfaro Murillo agradece se le envíe dicha información. Le parece que 90 geriátras para atender 5.000 adultos mayores, son muy pocos; significa que cuando se tenga 1.000.000 de personas adultas mayores, se necesitarán alrededor de 200 geriátras y todavía así, le parece que la cifra de un geriátra por 5.000 adultos es muy poca.

Por su parte, a la Dra. Sáenz Madrigal le parece interesante, porque lo que se estaba utilizando era el parámetro inglés, pero dado que la población inglesa es muy saludable, puede ser diferente a lo saludable de la población costarricense y la discusión de ayer es, precisamente, para realizar un ajuste de esa normativa. Repite, porque el parámetro que se está utilizando, es el inglés y la situación de Costa Rica es distinta a la de Inglaterra, por lo que es muy probable que ese número de geriatras se vaya a elevar.

Agrega la Dra. García que ese aspecto se debería incluir en los perfiles del conocimiento en la atención de la persona adulta mayor, porque en muchas de las universidades que forman profesionales en salud, no estaba establecido el componente, por lo que las capacitaciones que se dan no lo abarcan. En ese sentido, el lograr incluir ese elemento, sería un avance muy importante para la Institución y no solo para la parte del médico, sino también enfermería, trabajo social y otros profesionales, porque al final es un equipo interdisciplinario, el que atiende a la persona.

Señala el Director Fallas Camacho que la Dra. García ha mencionado un punto muy importante. No se puede esperar a que la persona con los años llegue enferma, sino que todos los programas de preparación para el retiro y vejez, deben de estar dentro de un marco. Otro punto es que no se puede esperar solucionar todo con especialistas como los geriátricos. En esos términos, le parece que se debería solicitar cierto grado de desarrollo de destrezas, para que los médicos generales puedan atender personas de esa naturaleza. Otro asunto es que los problemas de geriatría no son solo de la Caja, es un problema nacional, porque hay una serie de instituciones creadas para atender este tipo de enfermedades.

Al respecto, indica la Dra. García que por la incidencia y prevalencia de las enfermedades, hay familiares que deben dejar de trabajar para cuidar las personas adultas mayores y como lo indica el Dr. Fallas, ese aspecto no le corresponde atenderlo a la Institución, sino que se articular para el subsidio o aporte económico para ese cuidador.

Agrega la Ing. Alfaro Murillo que a la pregunta que en una oportunidad planteó, la cual es en relación con los niños, se le había indicado que era un pediatra por cada 2.000 niños y observando la condición, si es un pediatra por 2.000 niños por las exigencias que requiere. Le parece que también podría ser un geriatra por cada 2.000 personas adultas mayores. Insiste en que le agradecerá el envío de las cifras de geriátras, para las personas mayores y poder analizar esos detalles.

Responde la Dra. García que le hará llegar esos datos e, incluso, se han buscado otros indicadores para realizar un ajuste, pero no se tiene un indicador preciso.

Indica el Director Alvarado Rivera que hay sistemas de salud, que no cuentan en un Primer Nivel de Atención con un médico, sino que se van directamente al especialista. Esos sistemas requieren muchos especialistas por grupo de población.

Añade doña Marielos Alfaro que una de las estrategias indica fortalecer la atención en todos los niveles, pero es claro que en el caso de la Institución, ese nivel primario para este tema, se tendrá que fortalecer muchísimo, porque en los EBAIS el servicio es básico. Ella no tiene por qué suponer, por ejemplo, si el médico la atiende por encima y a un adulto mayor, lo atiendan con mucha profundidad. El tema es que el sistema existe, pero no está articulado. Le parece excelente el objetivo que hace referencia a “fortalecer el nivel primario”, porque lo que hay hoy, inclusive, genera un riesgo, por tener diagnósticos e indicaciones que, luego, el geriatra contraviene y tenía razón.

Señala la Dra. García que hay muchos factores, como ilustración, el planteamiento de recurso humano, se podría plantear con una base poblacional, pero hay zonas de alta violencia y, probablemente, esas zonas tengan un mayor riesgo de abandono y maltrato.

Continúa la presentación la Dra. García y se refiere al enunciado:

7. La Caja continuará con los esfuerzos, para la adecuación de la infraestructura y equipamiento para la atención de las personas adultas mayores y sus acompañantes, en los establecimientos institucionales, acorde con el perfil demográfico y epidemiológico. Lo anterior, para facilitar el acceso a los servicios salud, pensiones y otros y la movilización adecuada de las personas mayores, lo cual incluye criterios técnicos para la adecuación de la infraestructura, mobiliario, así como la documentación técnica pertinente y el seguimiento y monitoreo de la condición de accesibilidad.
8. Se fortalecerá la articulación y coordinación de acciones interinstitucionales e intersectoriales, que contribuyan al desarrollo de servicios institucionales acordes con las necesidades de las personas adultas mayores y a los retos del envejecimiento poblacional. Se refiere a alianzas estratégicas con el ente rector como es el Consejo Nacional de la Persona Adulta Mayor (CONAPAN), Hogares de Ancianos, Centros Diurnos, Gobiernos Locales, Grupos de voluntariados, Asociaciones de Desarrollo, entre otros; porque el envejecimiento es una realidad en todo el país. También, se hace referencia del intercambio de información y las experiencias entre diferentes cantones rurales para motivar a desarrollarlo en otro lugar.

Por su parte, el Director Devandas Brenes señala que esa labor enzimática, de la Caja con otras instituciones le motiva mucho. Le preocupa que en el enunciado N° 8) del documento de la política que se aprobaría, se debería explicitar dos instituciones como las municipalidades, ya que dice: "así como otras organizaciones públicas y privadas", y lee: "desarrollo de fortalecimiento de alianzas estratégicas, con el ente rector en materia de envejecimiento y vejez: CONAPAN, así como con otras organizaciones públicas y privadas de bienestar social -hogares de larga estancia, de centros diurnos y otras-, según competencias y responsabilidades institucionales". Entiende, porque en este momento se expuso que las municipalidades desempeñan un papel significativo, pero le parece que hay que explicitarlo en ese enunciado, incluso, coordinar y generar acciones voluntarias y es muy importante, pero hasta se pensaría en la necesidad de impulsar un proyecto de ley de reforma, al Código Municipal para que se creen las comisiones, porque las municipalidades creen una comisión especial de este tema. El otro punto que le preocupa en ese enunciado N° 8), porque indica que el "responsable es la Gerencia Médica, Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud"; aunque en otra parte hay un Consejo Intergerencial. En la actualidad se tiene el problema de la cultura de que todavía no se acepta el envejecimiento tal y como es. Puede ser que haya algunos hogares que tengan la posibilidad de tener un cuidador, pero no todos y, además, se conoce que se enferma más el cuidador que al que se cuida. Por lo que considera que el tema de los albergues, es medular y cree que la Caja tiene que desempeñar un papel protagónico y una función enzimática en el asunto, es decir, en la construcción de más albergues y con mejores condiciones. Por otra parte, está asociado al financiamiento el tema de las Pensiones, porque desempeñan un papel importante. Le parece que hay que empezar a pensar cómo la Gerencia de Pensiones no va al adulto, sino al albergue con un porcentaje y otro le quede siempre al adulto para sus gastos; pero se podría hasta pensar si no puede ser un negocio para la Gerencia de Pensiones construir albergues.

Recuerda la Dra. Sáenz Madrigal que la política de los adultos mayores y de gerontología es que las personas no estén ubicadas en los albergues.

Se disculpa el Dr. Devandas Brenes e insiste en el asunto, porque se está refiriendo a la realidad, dado que en estos momentos, hay muchos adultos mayores que no tienen quién los cuide, están solos, porque en la casa no hay condiciones, por ese aspecto lo dejo planteado, dado que cree que es una necesidad para el país. Además, hay una necesidad de generar clínicas de salud y la Caja, tiene que ir pensando en esa situación. Se tienen personas que están hospitalizadas y no deberían estarlo, pero no hay donde enviarlas, ya sea porque en la casa no hay condiciones o porque la condición de la persona, requiere un cuidado especial, pero el hospital no es el sitio más adecuado para que esa persona permanezca y ese aspecto, afecta mucho al adulto mayor. Otro tema es que no se puede seguir pensando en las pensiones, solo como en el momento en que se le entrega el cheque a la persona. Estima que respecto de los fondos de pensiones, se debe también pensar en utilizarse con las prevenciones necesarias, para no poner en riesgo esos fondos, para que a las personas se les genere patrimonio en su vida, porque muchos asalariados llegan a la pensión y no tienen una casa propia. Felicita que se establezca una política de adulto mayor, espera que se pueda evaluar en el futuro y pensaría que el enunciado N° 8), tiene que ser muy fortalecido, porque es casi el centro cuando se trata del tema de la prevención y la promoción.

Señala el Director Loría Chaves que este es un tema apasionante, porque es un reto y un desafío para la Seguridad Social. Se piensa en que se está con el tema del cambio de la pirámide poblacional, como haciendo el viraje para los próximos diez años, hacia la atención médica a este tipo de población, porque se ha venido ordenando de la niñez para adelante y, ahora, hay que reconvertir el tema de la salud a partir de la tercera edad. Un adulto mayor ocupa techo, alimentación, cuidado, servicios médicos, servicios básicos, comunicación y la atención de adulto mayor, entre otros puntos. Visualiza el tema como una responsabilidad de la Caja, pero como muchos temas, éste es un asunto país porque hay que tener mucho cuidado, dado que se podría terminar haciendo esfuerzos duplicados. Le parece que lo que falta es analizar un tema que no está planteado y le preocupa, porque solo está enunciado y es el tema del tercer pilar de la Seguridad Social. En la Caja son tres pilares: salud, pensiones y prestaciones sociales. El tema de las prestaciones sociales en otros países, es el que da todo el soporte que no sea económico, para la calidad de vida de los adultos mayores y esa es una gran discusión que está pendiente. Esta Institución va a tener que definir, claramente, cómo entiende y se quiere, percibir en el futuro las prestaciones sociales y ese aspecto es fundamental. A partir de ahí observar las acciones que desde el asunto de las prestaciones sociales se tienen que impulsar. Cree que una acción puntual e importante es que la Institución invierta en la formación, educación o en enseñar el cuidado del adulto mayor, incluso, a las empleadas domésticas que cuidan los adultos mayores. Por otro lado, cree que existen experiencias aprobadas en otros países, a las cuales la Institución se necesita acoplar. Se tiene claro que con el monto de la pensión, las personas no resuelven su situación económica y llenan sus necesidades y es donde las Prestaciones Sociales, producen impacto significativo con otras acciones de apoyo que les permite elevar la calidad de vida de las personas. Le satisface mucho el tema y le parece que las políticas van bien dirigidas, pero deben ser más enriquecidas. También considera que este país debe discutir el tema de los albergues, de cómo construir verdaderas casas de retiro, en las que las personas tengan calidad de vida.

Continúa la Dra. García y anota que es muy importante analizar la política que está enmarcada dentro de la normativa nacional e internacional, porque la Ley del Adulto Mayor N° 7935 otorga una serie de potestades al CONAPAN, por ejemplo, lo relacionado con la regulación y la fiscalización de los hogares y los centros diurnos. La Caja colabora con el Consejo en ese sentido, incluso, las denuncias por maltrato en los hogares, se hace porque el equipo de salud identificó ese riesgo. Otro punto es en relación con que la persona adulta mayor esté en su domicilio, la idea es acercar el servicio de salud. En el enunciado de articulación con los gobiernos locales, se está empezando a trabajar un proyecto con la red de gobiernos locales y el Ministerio de Salud, en lo que se denomina “Entorno Saludable para la persona mayor”, el cual también se vincula con las relaciones intergeneracionales. Además, se ha trabajado con escuelas y colegios, porque fue parte de la experiencia en Santo Domingo de Heredia. El otro punto es en relación con las prestaciones sociales y recuerda que se está presentando la política, el plan de acción o la agenda de trabajo de implementación, se va a presentar desglosado con acciones mucho más completas y se refiere a ejemplos de algunas acciones que ya se están haciendo. En el enunciado se indica que es necesario revisar, lo que se está haciendo en las prestaciones sociales, así como en las coberturas, porque tal vez no se está llegando a toda la población del país, dado que se están quedando concentradas en San José o en el Área Metropolitana o todas las coberturas son bajas. Hay que observar lo que se está haciendo y qué se debería seguir

haciendo, según la competencia y la responsabilidad institucional y qué más se tiene que agregar, de acuerdo con la competencia y la responsabilidad institucional, articulando con otras instancias de la Seguridad Social que la ley, les de la responsabilidad de la atención a las personas mayores no, específicamente, desde salud. Continúa con la presentación y anota que:

9. Se relaciona con fortalecer el tema relacionado con la investigación, el tema de envejecimiento y la vejez acorde con la normativa nacional. En ese sentido, se tiene que realizar una identificación de necesidades de investigación, no solo en salud, puede ser, incluso, desde las prestaciones sociales, las prestaciones complementarias y realizar alianzas estratégicas con universidades y otros centros, los cuales favorezcan la investigación en la temática. Además, tomar decisiones con resultados de esas investigaciones y se propone el fortalecimiento del Hospital Nacional de Geriátrica y Gerontología, como un ente capaz de liderar en esa temática.
10. Está relacionado con los mecanismos de administración, seguimiento y evaluación de la “Política Institucional para la Atención Integral de la Persona Adulta Mayor”, los cuales permitan la mejora continua, el aprendizaje y la rendición de cuentas. Se está haciendo referencia de la conformación de ese Consejo Intergerencial que, incluso, se apoya en la ley N° 7935 que faculta a la Presidencia Ejecutiva, a conformar una comisión de cumplimiento de la Ley.

En cuanto a las acciones inmediatas se están planteando, como parte de la implementación de la política, se plantea en lo que es simplificación de trámites, la facilitación de acceso a los servicios, la eliminación de la renovación del carne de pensionados. Por ejemplo, si se tiene plataformas que tienen información, no sería necesario estar realizando esa renovación del carné. Otra acción es el fortalecimiento de la coordinación con el CONAPAM. En este momento se tiene establecida una alianza, para lo que son personas en condición de abandono, en los hospitales de la Caja y se están reubicando en hogares de ancianos con el Fondo de Desarrollo Social y Asignaciones Familiares (FODESAF). Esa alianza es muy importante y hay que fortalecerla, para lograr agilizar más los procesos y que la respuesta del Consejo sea oportuna. Se está trabajando en algunos hospitales con el Alta Programada, por lo que se ha disminuido los tiempos de estancia. El Alta Programada consiste en una serie de acciones y parte de ellas es la visita al hogar, por un miembro del equipo de salud para verificar la condición de seguridad de la casa y las redes de apoyo con las que se cuenta. Se tiene un proyecto muy concreto de trabajo en red, la idea es solventar en parte las necesidades de especialistas y los elementos que son necesarios para la atención integral de la persona adulta mayor. Es un reforzamiento de la consulta de valoración funcional en el Primer Nivel de Atención, para que tenga una mayor capacitación de los médicos y del equipo de salud. El trabajar con los Médicos de Familia de las áreas de salud, para que esos adultos mayores de riesgo identificado, sean valorados por ese médico y los que ameriten, sean canalizados de una manera más expedita en la atención geriátrica. Ese aspecto también requiere de concurso, de que pueda la persona se pueda subir y bajar y fortalecer la red horizontal. Un punto importante es la priorización en las listas de espera, por ejemplo, las cataratas porque es un tema que causa una discapacidad muy importante, es uno de los primeros asuntos que se están trabajando y lo relacionado con la capacitación del recurso humano. En este momento, se tiene cuatro cursos virtuales en la plataforma virtual, los cuales se relacionan con el buen trato y el trato digno a las personas adultas mayores, el cual está dirigido en una primera instancia para personal administrativo. La demanda ha sido tan importante por

parte de los profesionales del campo de la salud, de Pensiones y de Prestaciones Sociales, porque el curso ya se abrió de una manera general; son cursos de plataforma y la mayoría de las personas lo hacen en tiempo extra laboral. Se cuenta con un curso que se denomina Herramientas para la Gestión en atención de la persona Adulta Mayor, porque muchas veces las necesidades y los recursos son diferentes de un área de salud a otra. La idea es dar herramientas a esos gestores locales, para buscar respuestas a esos planteamientos según la necesidad local. Un curso de valoración integral al adulto mayor, para los médicos del Primer Nivel de Atención y el personal de salud. Sin embargo, se vuelve insuficiente cuando la persona no tiene un conocimiento previo o una sensibilización y un curso de fármaco geriátrica, para el personal médico y de farmacia para la correcta utilización de medicamentos. Por lo que ha servido para la implementación de la atención farmacéutica, porque la mayoría de los usuarios son adultos mayores.

El Director Gutiérrez Jiménez manifiesta que una de las preocupaciones que son evidentes en todos esos proyectos, es porque se conviertan en muy teóricos y con una gran complejidad de actores. Ha venido insistiendo en que uno de los temas más graves que tiene la Caja, es que no se “aterriza” en los temas y se esperan a que se tenga el proyecto, para obtener los resultados finales y producir impacto. Insiste que en este proyecto se debe tener acciones de corto, mediano y largo plazo. Por ejemplo, ha tenido información en términos de que se ha producido maltrato en las personas adultas mayores, en los servicios de la Institución y, pareciera que es de todos los días y desea insistir en que este esfuerzo que se está haciendo, porque no es nada fácil, cómo se va a producir impacto en el corto plazo. Por otro lado, hay situaciones particulares que están sucediendo y producen un impacto negativo, por ejemplo, en el Primer Nivel de Atención, las personas que esperan ser atendidos y en determinado momento, llegan varios adultos mayores y ellos tienen prioridad, y las personas que llegaron de madrugada se quedan sin atención, por el cupo limitado y para las dos partes es injusto. En ese sentido, le parece que se debe pensar en opciones para solucionar esos casos.

Manifiesta la Ing. Alfaro Murillo que en este primer paso, cuando se define la política, son aspectos macro y se va a “aterrizar” en una estrategia que tiene metas concretas, porque tiene programas concretos, donde luego entra un elemento de planificación ligado a recursos y a responsables. Sin embargo, en el caso, por ejemplo, del enunciado N° 10), en el que se indica: “La Caja establecerá los mecanismos para la administración y seguimiento de la política”, se señala que es una estrategia, en la conformación de un Consejo Intergerencial, integrado por un representante de cada Gerencia y es donde lo quiero articular con lo que indicó don Adolfo. La experiencia en estos dos años y medio, contrastando algunas medidas de las comisiones que se forman internamente y lo que hay afuera, es que se observa una desarticulación y cuando a ella le indican que ese Consejo que va a dirigir el programa, va a estar a cargo de ese enunciado N° 10, se trata de funcionarios que están en las oficinas de este Edificio y no están al día a día, observando la problemática, ese aspecto no le gusta. Ha tenido una experiencia puntual con decisiones, como ejemplo, en seis meses una comisión interna le ha dado dos argumentos diferentes y, afortunadamente, trabajando con los especialistas en el campo, se da cuenta de que o no hay claridad o que esa falta de relaciones cotidianas con las situaciones en el campo y en los centros médicos, hace que algunas decisiones se tomen y parezca muy fácil, y no responden a lo que se necesita. No le gusta que justamente el último enunciado, el cual es donde se va hacer la administración, seguimiento y evaluación esté dirigido por un grupo, exclusivamente, nombrado por las Gerencias y, posiblemente, indicándolo de manera respetuosa, por lo que han denominado burócratas. Quiere otra propuesta para ese punto, quiere otra integración de

personas, las cuales sean conocedoras de la materia y que estén, cotidianamente, conectadas con la materia.

Propone la Dra. Sáenz Madrigal que la comisión se podría orientar desde la Junta Directiva, para que las Gerencias incluyan funcionarios que están ubicados en los niveles locales, en la prestación de los servicios de salud, porque es un tema de orientación para que quede más explícito.

Aclara la Dra. García que la Institución cuenta con el Programa de Normalización de Atención a la Persona Adulta Mayor, el cual es de la parte de Servicios de Salud, se están desarrollando algunas acciones de esa naturaleza, es decir, en el plan de trabajo anual con las metas definidas a corto plazo, y en ese sentido, el plan de acción también se ha estado trabajando con miras a esas metas. Le indica a doña Marielos que hay pocas personas trabajando en el Programa Técnico, porque es un grupo técnico para todo lo que hay que desarrollar, precisamente, por ese aspecto se está trabajando muy de cerca con la red de geriatras de la Institución, pero no solo con ellos, también con representantes de las áreas de salud y se realizan visitas en el campo. En este momento, tal vez no se está brindando consulta directa, pero sí se visita el campo con los funcionarios que acompañan en el proceso, escuchando necesidades y tratando de resolver lo que corresponda según la competencia del grupo, lo que se puede hacer es que se trasladen a niveles de niveles de mayor autoridad, si es necesario. La sugerencia es bienvenida. Por otra parte, en el plan de acción, se tiene definida esa estrategia específica, porque hay que realizar un tipo de funciones o de responsabilidades y un período de rendición de cuentas cada cierto tiempo, porque se están sensibilizados en el tema.

Consulta la Directora Alfaro Murillo si todo el proyecto fue socializado antes y si el Director del Hospital Geriátrico conoce del proyecto.

Responde la Dra. García que sí, incluso, se le presentó una sesión de trabajo al Director y a los representantes de geriatría y en la Comisión Central, también ha habido personal de geriatría y del Hospital Blanco Cervantes, porque el trabajo ha sido muy consensuado.

Agradece doña Rocío Sáenz todo el trabajo que han hecho, porque sin duda es una política muy comprensiva, dado que le corresponde atender todos los aspectos relacionados con el tema. En este momento, se tiene que hacer el plan y agradece que se haya incluido las acciones concretas que se pueden realizar en el corto plazo, por ejemplo, la eliminación del carné de ciudadano de oro. Con ese aspecto se está dando el avance al tema y sin duda, éste es un asunto que se va a tratar muchísimas veces, a nivel de esta Junta Directiva y, probablemente, cada uno de esos enunciados va a requerir un desarrollo en sí mismo al interior y queda trabajo, para afinar el plan en el que se concreten las acciones.

Señala la señora Gerente Médico que el acuerdo sería instruir a la Gerencia Médica, para que realice la divulgación respectiva. Pregunta si se le debe agregar sobre los planes de acción o algún aspecto adicional.

Consulta la Dra. Rocío Sáenz cuándo se considera que estaría listo ese plan.

Responde la Dra. Villalta Bonilla que en el próximo mes de enero.

Sugiere la señora Presidenta Ejecutiva que el próximo 3 de enero, se presente a esta Junta Directiva el plan de acción de la política y un plan con metas como se ha planteado.

Manifiesta la Ing. Alfaro Murillo que, normalmente, lo ideal sería observar todo el conjunto, porque esta Junta Directiva hoy está observando la política y les puede parecer bien, pero hasta que no esté sujeta a la estrategia específica y a las acciones, no se sabe cómo se devuelve. Sugiere que hoy se le dé por reciba la política, pero no se apruebe; es decir, la da por recibida y le da “luz verde”, para que le preparen el plan de acción; pero no la aprueba, porque la aprueba cuando esté todo el paquete.

Propone la Dra. Sáenz Madrigal a la Ing. Alfaro que revise el plan porque, normalmente, cuando se presenta una política a esta Junta Directiva, lo que se plantea son los enunciados, es la orientación y, luego, se concreta y se presenta ante esta Junta Directiva. No obstante, ya tiene una direccionalidad y está planteada. Le parece que dejar el plan sin la aprobación de la política, no es correcto. En la lógica institucional, se aprueba la política y, luego, se presenta el plan de acción. Respetuosamente, cree que los expositores han trabajado muy fuerte, como para no aprobar la política. Por ese aspecto se indicó que si se tomaba el acuerdo tercero, en términos de que se presente en el próximo mes de enero el plan de acción. Solicita a la Ing. Alfaro que lo medite, por la preocupación de las personas adultas mayores. Considera que esta política es muy clara comparada a otras que se han presentado en el pasado.

Manifiesta la Ing. Alfaro Murillo que en su caso particular, debido al período de entrega, necesita analizarla con mucho más detalle, al no ser especialista en asuntos médicos, repite, preferiría revisarla para analizarla con más detalle. Entonces, da por recibida la política, pero si se aprueba hoy, votaría en contra. Una Junta Directiva que aprueba, es porque tiene la certeza de que los diez lineamientos que se están presentando y los sub-lineamientos, son precisos y justos para atender el tema. Entiende a doña Rocío como Presidenta Ejecutiva, ella ya la analizó y, además, es médico y está clarísima con la política porque la revisaron sus asesores y es lo que quiere. Ella no ha tenido ese tiempo, no esa asesoría y la va a buscar para esta política en particular, porque quiere hacer ese esfuerzo y solicita que quede constando en actas. Respeta muchísimo el trabajo de los especialistas, conoce que han realizado un trabajo enorme, pero ella como Miembro de esta Junta Directiva, no está en condición de tomar los diez enunciados con las estrategias, porque no son solo enunciados de política, porque taxativamente están indicadas las estrategias, por lo que quiere tener tiempo para revisar el tema y consultarlo. Es un asunto de adultos mayores, el cual le interesa mucho y el cómo articularlo, en la misma información que se presentó, sobre cómo está cambiando la pirámide poblacional y las demandas epidemiológicas que ese cambio va a causar, entre otros aspectos.

Aclara la Dra. García que la política no es médica, es integral. Se realizó mediante un trabajo social para recopilar experiencias y necesidades y conocimiento de otros expertos en el campo. Se trabajó con material de los foros que hizo el Ministerio de Salud, en relación con las necesidades sentidas por las personas mayores y hay una serie de acciones que se están realizando, pero que por falta de tiempo no se expusieron. No obstante, las estrategias y los enunciados están consensuados.

Propone el Dr. Devandas Brenes que se vuelva a revisar este tema en ocho días, con el ruego a doña Marielos Alfaro de que se reúna con los encargados del tema, para que le aclaren todas las dudas y en una semana, no se vuelva a presentar este tema, sino que solo se analice el acuerdo, salvo que hubiera algún otro asunto que plantear.

El licenciado Gutiérrez Jiménez manifiesta que tiene el mismo sentir que tiene la Ing. Alfaro Murillo en algunos puntos. Reconoce que no ha revisado el documento a profundidad, pero no tendría problema en que se vote. Cree indispensable que en el acuerdo se haga referencia de las acciones, porque para la implementación de la política desea observarlas. Repite, no tendría ningún problema en aprobar el tema, si se condiciona a que primero, en su ejecución se tengan definidas las acciones, lo cual permitiría avanzar, pero conociendo que las acciones se van a analizar primero en esta Junta Directiva y se tendría la oportunidad de reevaluar los detalles y no solo el equipo, sino que también algunos Directores pudieran tener en ese momento.

Entiende el Sr. Loría Chaves la importancia y la urgencia de este tema. Recomienda que se dé por conocido el asunto y se vote en ocho días. Le parece que el tema en general está muy claro, pero que es importante el consenso de esta Junta Directiva.

Indica el licenciado Alvarado Rivera que cuando se emite una política, es un marco general de acción y no conoce si se denominan acciones concretas o reglamentos, pero si se pudiera aprobar hoy la política, le gustaría analizar ese reglamento o acciones en concreto, para que se logre avanzar. Si se pudiera hacer así, de manera que éste es el marco general sobre cómo se va a actuar y en la búsqueda en que Marielos pide, hoy se podríamos establecerle un plazo, para que se presenten las acciones en concreto, como: procedimientos, reglamentos y demás condiciones.

Aclara la Ing. Alfaro Murillo que no está en contra de aprobar la política, solo está dejando clara su posición. Avisa que de aquí en adelante, no aprobará ninguna otra política si no ha tenido al menos una o dos semanas para analizarla, porque cualquier política de una institución, hay que analizarla con detalle y cuando se vota, es porque están convencidos de que esa es.

Al Director Gutiérrez Jiménez le parece que la Ing. Alfaro Murillo está aplicando lo que es su derecho y en otros casos se ha guardado esa cortesía. Él no tendría ningún problema en que se vote la propuesta, independientemente, que la Ing. Alfaro Murillo esté o no de acuerdo, en votarla.

En lo personal, señala la Dra. Sáenz Madrigal que como Presidenta Ejecutiva, no está teniendo ninguna presión, porque la única que puedo tener, es que se terminó el mes de octubre, en el cual se celebra el mes de los adultos mayores y le parecía que en la Institución, se vería bien si se pudiera aprobar una política dirigida al adulto mayor. No obstante, en la propuesta hace falta el plan de acción, el cual son las acciones concretas, esta propuesta es más un direccionamiento. Plantea que si se quiere votar la política en ocho días, no tiene ningún problema, pero al igual que doña Marielos Alfaro, sí quiere dejar constando en actas que ella sí quería que se aprobara la política, por el tema de los adultos mayores, porque es el mes de ellos y se ha trabajado arduamente, además, se hubiera lucido la Institución por aprobar este tema.

Pregunta el licenciado Gutiérrez Jiménez por qué no se presentó este tema antes.

Responde la Dra. Sáenz Madrigal no se presentó con antelación, porque se estaba validando la política con el nivel local y regional. Lo anterior, por cuanto para poder hacer un proceso de política, en una institución como la Caja, se tienen que hacer validaciones internas y externas, ya que el tema se ha analizado con otros actores y todos han ido aprobando la política. Sugiere que este asunto se presente nuevamente en ocho días.

Plantea el Dr. Devandas Brenes que el tema se vote, con las observaciones que se han hecho el día de hoy.

El Sr. Loría Chaves apunta que la parte fundamental de este tema, es que esta Junta Directiva agende y atienda el tema para revisar prestaciones sociales.

Pregunta el Director Gutiérrez Jiménez cuándo fue remitido, vía internet este tema a los Miembros de la Junta Directiva.

Hace la observación el Sr. Loría Chaves que según el documento que tiene en mano, él lo recibió ayer 26 de octubre a las 3:15 p.m.

Manifiesta el licenciado Gutiérrez Jiménez que se pensaría que estos temas si son tan importantes, lo deseable es que los Directores los reciban con más tiempo para poder estudiarlo. En esos términos, tiene razón doña Marielos y él tampoco lo ha revisado y siente presión, cuando un documento lo recibió ayer en la tarde.

Indica la Dra. Sáenz Madrigal que el tema se agendaría de nuevo en ocho días.

Insiste don Adolfo Gutiérrez que él no tendría ningún problema, en que se someta a votación el asunto.

Propone la señora Presidenta Ejecutiva someter a votación la propuesta y plantea tres opciones: dar por recibida la política y aprobada, dar por recibida la política y no aprobarla y la otra es esperar ocho días para que se presente de nuevo. Entonces, se somete a votación el acuerdo expuesto por la señora Gerente Médico, con el tercer acuerdo que incluye que se presentará el plan de acción en tres meses.

Solicita Directora Alfaro Murillo que quede constando en actas, que ella no votó positivo la política y se suma a que la documentación fue recibida el día anterior en la tarde, sin ni siquiera con 24 horas de anticipación.

Agradece el licenciado Gutiérrez Jiménez el esfuerzo que se ha realizado y la única razón por la que no vota positivo, es porque no ha podido analizar el documento.

El Dr. Devandas Brenes señala que él sí leyó el documento y señaló sus observaciones en el debate y le parece bien, por lo que dio su voto positivo y espera que, efectivamente, en el próximo mes enero, se presente a esta Junta Directiva el plan de acción de esta estrategia.

El doctor Chacón Ramírez y la doctora García Camacho se retiran del salón de sesiones.

Solicita Directora Alfaro Murillo que quede constando en actas, que ella no votó positivo la política y se suma a que la documentación fue recibida el día anterior en la tarde, sin ni siquiera con 24 horas de anticipación.

Agradece el licenciado Gutiérrez Jiménez el esfuerzo que se ha realizado y la única razón por la que no vota positivo, es porque no ha podido analizar el documento.

El Dr. Devandas Brenes señala que él sí leyó el documento y señaló sus observaciones en el debate y le parece bien, por lo que dio su voto positivo y espera que, efectivamente, en el próximo mes enero, se presente a esta Junta Directiva el plan de acción de esta estrategia.

Sometida a votación la propuesta, cuya resolución en adelante se consigna, es acogida por todos los señores Directores, salvo por la Directora Alfaro Murillo y el Director Gutiérrez Jiménez.

**Por consiguiente**, la señora Gerente Médico, que concuerda con los términos del oficio N° GM-SJD-20695-2016, fechado 21 de octubre del año en curso que, en lo conducente, literalmente se lee así:

#### **“RESUMEN EJECUTIVO**

La Gerencia Médica procede a presentar la Política Institucional para la atención integral a la persona Adulta mayor en la Caja Costarricense de Seguro Social, elaborado por el Área de Atención a las Personas de la Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud, misma que se adjunta.

#### **RECOMENDACIÓN**

La Gerencia Médica una vez realizada la presentación de la Política Institucional para la atención integral a la persona Adulta mayor en la Caja Costarricense de Seguro Social, y considerando:

- La Caja Costarricense de Seguro Social como ente prestador de servicios de salud debe velar por garantizar el acceso oportuno y adecuado a la atención de la salud de la población, tomando en consideración las condiciones determinantes tanto de la oferta como de la demanda.
- El estado de salud de las personas adultas mayores es el resultado complejo de la expresión de los determinantes de la salud, entre los cuales destacan las condiciones de salud de la infancia, los perfiles de riesgos conductuales y el uso y acceso a los servicios de salud.
- Es necesario establecer las estrategias necesarias para lograr la articulación de la prestación en salud con el seguro de pensiones, con el propósito de maximizar los recursos, evitar la duplicidad de funciones y acciones, extender la cobertura de los servicios y mejorar la calidad de las prestaciones institucionales para las personas adultas mayores.

- Existe necesidad de fortalecer la prestación de servicios institucionales para el abordaje integral e integrado de la persona adulta mayor, con la finalidad de responder a sus necesidades acorde con la demanda del envejecimiento poblacional del país.

Recomienda a la Junta Directiva:

1. Aprobar la Política Institucional para la atención integral a la persona Adulta mayor en la Caja Costarricense de Seguro Social.
2. Instruir a la Gerencia Médica para que realice la divulgación respectiva de la Política aprobada”,

una vez realizada la presentación de la Política Institucional para la atención integral a la persona Adulta mayor en la Caja Costarricense de Seguro Social, por parte de la doctora Vilma García Camacho, Coordinadora del Programa Normalización de la Atención a la Persona Adulta Mayor del Área de Atención Integral a las Personas, y

**CONSIDERANDO QUE:**

- La Caja Costarricense de Seguro Social, como ente prestador de servicios de salud, debe velar por garantizar el acceso oportuno y adecuado a la atención de la salud de la población, tomando en consideración las condiciones determinantes tanto de la oferta como de la demanda.
- El estado de salud de las personas adultas mayores es el resultado complejo de la expresión de los determinantes de la salud, entre los cuales destacan las condiciones de salud de la infancia, los perfiles de riesgos conductuales y el uso y acceso a los servicios de salud.
- Es necesario establecer las estrategias necesarias para lograr la articulación de la prestación en salud con el Seguro de Pensiones, con el propósito de maximizar los recursos, evitar la duplicidad de funciones y acciones, extender la cobertura de los servicios y mejorar la calidad de las prestaciones institucionales para las personas adultas mayores.
- Existe necesidad de fortalecer la prestación de servicios institucionales para el abordaje integral e integrado de la persona adulta mayor, con la finalidad de responder a sus necesidades acorde con la demanda del envejecimiento poblacional del país,

la Junta Directiva, con base en la recomendación de la señora Gerente Médico –por mayoría- **ACUERDA** aprobar la Política Institucional para la atención integral a la persona Adulta mayor en la Caja Costarricense de Seguro Social, en los siguientes términos:

**“POLÍTICA INSTITUCIONAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA  
PERSONA ADULTA MAYOR EN LA  
CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL**

**CONTENIDO**

I.	
Justificación.....	06
.....	
II. Visión de la CCSS .....	11
III. Misión de la CCSS .....	11
IV. Marco Jurídico.....	12
V. Principios de la política.....	14
VI. Objetivo de la Política.....	18
VII. Enunciado general de la Política.....	18
VIII. Enunciado 1 .....	19
1.1 Estrategias.....	19
1.2 Responsables .....	19
Enunciado 2 .....	20
2.1 Estrategias.....	20
2.2 Responsables .....	20
Enunciado 3 .....	21
3.1 Estrategias.....	21
3.2 Responsables .....	21
Enunciado 4.....	22
4.1 Estrategias.....	22
4.2 Responsables .....	22
Enunciado 5 .....	23
5.1 Estrategias.....	23
5.2 Responsables .....	23
Enunciado 6	
.....	
.....	24
6.1 Estrategias.....	24
6.2 Responsables .....	24
Enunciado 7 .....	25
7.1 Estrategias.....	25
7.2 Responsables .....	25
Enunciado 8.....	26
8.1 Estrategias.....	26
8.2 Responsables .....	26
Enunciado9	
9.1Estrategias.....	27
9.2Responsables.....	27
Enunciado 10.....	28
10.1 Estrategias.....	28
10.2 Responsables .....	28
Glosario.....	29
Referencias .....	34

Para el diseño e implementación de la política institucional para la Atención Integral de la Persona Adulta Mayor en la Caja Costarricense de Seguro Social, se han tomado como fundamento la misión, visión, principios filosóficos y valores institucionales, los cuales se describen a continuación:

### **I. Misión de la CCSS**

“Proporcionar los servicios de salud en forma integral al individuo, la familia y la comunidad, y otorgar la protección económica, social y de pensiones, conforme la legislación vigente, a la población costarricense, mediante:

- 1°.El respeto a las personas y a los principios filosóficos de la CCSS: Universalidad, Solidaridad, Unidad, Igualdad, Obligatoriedad, Equidad y Subsidiariedad.
- 2°.El fomento de los principios éticos, la mística, el compromiso y la excelencia en el trabajo en los funcionarios de la Institución.
- 3°.La capacitación continua y la motivación de los funcionarios.
- 4°.La gestión innovadora, con apertura al cambio, para lograr mayor eficiencia y calidad en la prestación de servicios.
- 5°.El aseguramiento de la sostenibilidad financiera, mediante un sistema efectivo de recaudación.
- 6°.La promoción de la investigación y el desarrollo de las ciencias de la salud y de la gestión administrativa” .
- 7°.La orientación de los servicios a la satisfacción de los clientes. (CCSS, 2007, p. 24-25).

### **II. Visión de la CCSS**

“Seremos una Institución articulada, líder en la prestación de los servicios integrales de salud, de pensiones y prestaciones sociales en respuesta a los problemas y necesidades de la población, con servicios oportunos, de calidad y en armonía con el ambiente humano” (CCSS, 2012).

### **III. Principios Filosóficos de la CCSS**

1. Equidad: Pretende una verdadera igualdad de oportunidades para que todos los ciudadanos puedan ser atendidos en el sistema nacional de salud, de una manera oportuna, eficiente y de buena calidad.
2. Igualdad: Propicia un trato equitativo e igualitario para todos los ciudadanos sin excepción.

3. **Obligatoriedad:** Es la contribución forzosa del Estado, patronos y trabajadores, a fin de proteger a éstos contra los riesgos de enfermedad, invalidez, maternidad, vejez, muerte y demás contingencias que la ley determine.
4. **Solidaridad:** Cada individuo contribuye económicamente en forma proporcional a sus ingresos para el financiamiento de los servicios de salud que otorga la CCSS.
5. **Subsidiariedad:** Es la contribución solidaria del Estado para la universalización del seguro social en su doble condición (patrono y Estado). Se crearán a favor de la CCSS, rentas suficientes para atender las necesidades actuales y futuras de la institución en caso de déficit en algunos de los regímenes, el Estado lo asumirá.
6. **Unidad:** Es el derecho de la población de recibir una atención integral en salud, para su protección contra los riesgos de enfermedad, maternidad, invalidez, vejez y muerte, mediante una institución que administra en forma integral y coordinada los servicios.
7. **Universalidad:** Garantiza la protección integral en los servicios de salud, a todos los habitantes del país sin distinción de ninguna naturaleza.

#### **IV. Valores de la CCSS**

1. **Compromiso:** Está conceptualizado como la importancia de cumplir fielmente con la obligación contraída, la palabra dada, la fe empeñada.
2. **Dignidad:** Está relacionada con el honor y el respeto, elementos que deben guiar la actuación de los funcionarios de la Institución. Toda acción del sujeto está en relación con los demás, por eso la dignidad no se conceptualiza en términos individualistas. Como seres sociales, ésta debe ser vista dentro de la interacción entre el sujeto con otros individuos y con él mismo.
3. **Empatía:** Es situarse en la posición y situación del otro, para tratarle de acuerdo con sus necesidades. La empatía es el sentimiento de participación efectiva de una persona en la realidad que afecta a otra.
4. **Excelencia:** Es realizar acciones de calidad superior que sobresalen en mérito o estimación y que están acordes con los parámetros de eficiencia, eficacia y productividad establecidos en la Institución.
5. **Honestidad:** Se refiere a la capacidad de una persona para comportarse y actuar en forma decente, decorosa, justa y honrada.
6. **Integridad:** Se presenta cuando el funcionario actúa en forma recta, intachable, en concordancia con las normas sociales y legales establecidas.
7. **Lealtad:** Es la obligación de los funcionarios de cumplir con lo que exigen las leyes de la fidelidad, la discreción y del honor.

8. Respeto: Es la obligación que tenemos todos los funcionarios de respetar el derecho de los demás (compañeros y usuarios), a la honra, al buen nombre, a la reputación, a la intimidad personal y familiar.

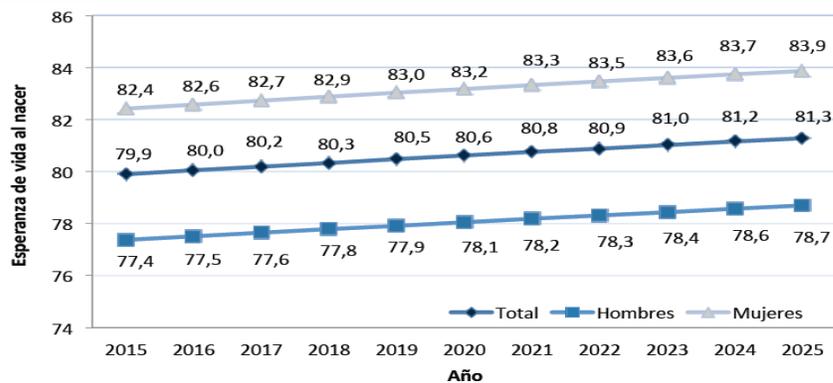
## V. Justificación

El envejecimiento es una experiencia universal, personal y poblacional constituyéndose en un indicador de progreso social y desarrollo humano. Una población está envejeciendo cuando la cantidad de personas mayores va constituyendo proporciones cada vez más grandes del total de la población.

Esta realidad es un hecho tangible en Costa Rica; en las últimas décadas se ha venido presentando en forma acelerada y se ha caracterizado por un descenso sostenido de la fecundación y por lo tanto del número de personas menores de 15 años en la estructura poblacional; el aumento de la longevidad y de la expectativa de vida y otros factores como la mortalidad y la migración.

Costa Rica es el país con la esperanza de vida al nacer más alta de Latinoamérica. Se encuentra en etapa avanzada de la transición demográfica y presenta también un porcentaje de personas adultas mayores en su población que lo caracteriza como un país en proceso moderado de envejecimiento. Según los indicadores demográficos proyectados por el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC en el año 2011), la esperanza de vida en nuestro país aumentará en un lapso de 11 años en promedio 1.6 años, pasando en el caso de los hombres de 77,2 a 78,7 años y en las mujeres de 82,3 a 83,9 años, o sea, lo que se observa en el siguiente gráfico.

**GRÁFICO 1. Proyección de la Esperanza de vida al nacer. Costa Rica 2015-2025**



FUENTE: Unidad de Análisis Prospectivo. Ministerio de Planificación con datos del INEC

En el gráfico anterior, se proyecta que entre el 2045-2050, la esperanza de vida al nacer será de 81,5 y 86,6 años para los hombres y las mujeres respectivamente. Este cálculo implica ganancias de un poco más de 4 años entre la presente década y 2050 (CCP- INEC, 2013).

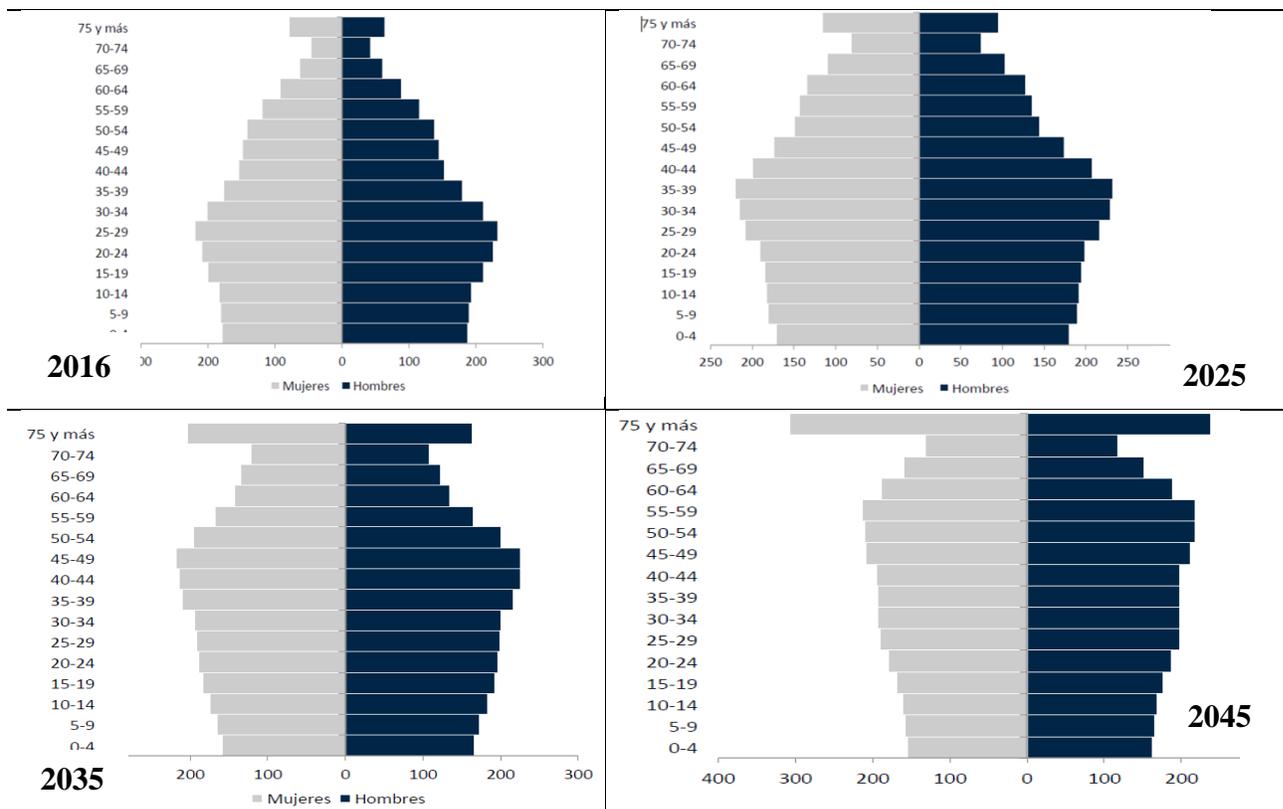
De acuerdo con los resultados del último censo de población (2011), las proyecciones de población adulta mayor para el 2015, 2025, 2035 y 2050 corresponden a 7.3%, 9%, 15% y 21% respectivamente. Esto en números absolutos significa pasar de 355.637 (2015), 580.343 (2025),

855.231(2035) a 1.262.310 en el año 2050. Con este aumento la población adulta mayor sobrepasará a la de niñas y niños (0-14 años) después del 2040. (Centro Centroamericano de Población/Instituto Nacional de Estadística y Censos [CCP/INEC], 2013).

Los cambios en la estructura por edad de la población costarricense se muestran en la presencia de altos porcentajes de población adulta y adulta mayor y porcentajes cada vez menores de la población de menos de 15 años de edad, o sea, el aumento en el número de personas adultas mayores no está acompañado de un aumento en las poblaciones jóvenes por el descenso en la fecundidad, esto hace que la pirámide poblacional cambie hacia una forma más rectangular (Gráfico 2).

La población de menores de 15 años decrecerá en los próximos 40 años, al pasar de 1.123.686 personas en el 2012 a 956.183 en el 2050. La población de 15 a 64 años seguirá creciendo impulsada por la fecundidad por encima del reemplazo de las décadas recién pasadas y la inmigración neta.

**GRÁFICO 2.** Distribución relativa de la población por sexo y grupos de edades. Costa Rica. 2016. Proyección 2025.



FUENTE: Unidad de Análisis Prospectivo. Ministerio de Planificación con datos del INEC

El segmento poblacional que más crecerá corresponderá a los adultos mayores. El tamaño de esta población se triplicará en los próximos 40 años, pasando de 316 mil personas en el 2012 a más de 1 millón en el 2050. El grupo de los mayores de 75 años también es un grupo de rápido

crecimiento demográfico pasando del 39%, del total de la población adulta mayor del país en el año 2000, a 43% para el censo nacional del año 2011 (INEC, 2011).

El estado de salud de las personas adultas mayores es el resultado complejo de la expresión de los determinantes de la salud, entre los cuales destacan las condiciones de salud de la infancia (perinatal, crecimiento y desarrollo durante los primeros cinco años); los perfiles de riesgos conductuales (el tabaquismo, alcoholismo, régimen alimentario, actividad física) y el uso y acceso a los servicios de salud (reflejados en el nivel de educación y participación en el mercado laboral).

Por lo tanto, la institución debe promover que las personas adultas mayores tengan vidas más saludables y activas, pues aunque uno de los logros de esta transición demográfica ha sido que las personas viven más tiempo que nunca, no necesariamente viven mejor. La vejez está cada vez más sobrecargada por las enfermedades crónicas y las discapacidades, que a su vez se traducen generalmente en mayores costos de atención de salud y de largo plazo y aumentan la carga de las familias que cuidan de sus familiares mayores (OMS/OPS, 2012). Ello se traduce en mayor demanda de los servicios de salud, tanto en el Primer Nivel de Atención, como en los niveles de mayor complejidad, reflejado en la mayor utilización de camas hospitalarias con estancias prolongadas, consumo de una gran cantidad de medicamentos y situaciones de riesgo social.

La prevalencia de padecimientos de salud, discapacidad, dependencia y la necesidad de cuidados a largo plazo, en una población que crecerá de manera acelerada en los próximos años, obliga a la adecuación de los servicios de salud y al desarrollo de mecanismos para mejorar la cobertura del seguro de pensiones de IVM ante las contingencias de invalidez, vejez y muerte; y de las pensiones del Régimen No Contributivo para aquellas personas adultas mayores que no tienen posibilidades de acceso al sistema de pensiones contributivas y se encuentran en condición de pobreza, lo cual contribuye al deterioro de su salud y calidad de vida.

Las consecuencias para la sociedad costarricense del envejecimiento poblacional y su impacto en el seguro de salud y de pensiones, representa un reto para la Caja Costarricense de Seguro Social como principal institución de seguridad social en el país, pues debe emprender acciones para posibilitar a las personas adultas mayores, la vivencia de un envejecimiento activo dentro del entorno familiar y el mantenimiento de su independencia y autonomía.

De esta manera, desde los servicios de salud se deben planificar e implementar acciones dirigidas a la promoción de la salud, orientadas principalmente a la educación, fomentando el autocuidado individual y colectivo. La prevención de la enfermedad se debe orientar a la identificación de aquellas personas en situaciones de alto riesgo y realizar las intervenciones oportunas que les garantice una mayor probabilidad de mantener la salud y por ende la funcionalidad, prevenir el deterioro físico y/o mental, y de esa forma asegurar una mejor calidad de vida en la vejez.

Así mismo, se deben establecer las estrategias necesarias para lograr la articulación de la prestación en salud con el seguro de pensiones, con el propósito de maximizar los recursos, evitar la duplicidad de funciones y acciones, extender la cobertura de los servicios y mejorar la calidad de las prestaciones institucionales para las personas adultas mayores.

Debido al contexto sociodemográfico y epidemiológico de la persona adulta mayor que ha sido descrito, el Programa de Normalización de la Atención a la Persona Adulta Mayor como unidad técnica encargada de conducir la prestación de servicios de salud para la población adulta mayor, ha liderado el proceso institucional de elaboración de la “Política Institucional para la atención integral de la persona adulta mayor en la Caja Costarricense de Seguro Social”.

La elaboración de esta política ha sido posible teniendo como referencia lineamientos internacionales, nacionales e institucionales, entre ellos la recomendación emitida por la Organización de las Naciones Unidas (2009), para diseñar e implementar políticas de atención integral de la salud preventiva, con enfoque gerontológico e interdisciplinario, en particular mediante la atención primaria y con inclusión de servicios de rehabilitación (Naciones Unidas/CEPAL, 2012).

Cabe destacar lo establecido en el Plan Estratégico Institucional 2015-2018, específicamente en el objetivo 1, del tema de Salud: “Fortalecer la cobertura universal en salud de la población, mediante servicios de salud integrales, equitativos, oportunos y de calidad, con responsabilidad ambiental y sostenibilidad financiera” (CCSS, 2016, p.35). Para el cumplimiento de dicho objetivo, se establece como estrategia el fortalecimiento de la prestación de servicios de atención integral a la persona adulta mayor, con visión de calidad de los servicios y apelando a los principios de transparencia, legalidad, eficacia, eficiencia, participación, imparcialidad y ética.

A su vez, se incluye como fundamento para la elaboración de dicha política, el objetivo 2 del mencionado plan estratégico institucional, referente al tema de pensiones: “*Brindar la protección social y económica oportuna a la población asegurada y beneficiaria de los regímenes de invalidez, vejez y muerte y no contributivo mediante una gestión transparente y sostenible*” (CCSS, 2016, p.37). Las estrategias planteadas para el cumplimiento de este objetivo, se orientan al mejoramiento del acceso, oportunidad y equidad en el otorgamiento de las pensiones y de la gestión de la calidad en la prestación de servicios de pensiones, mediante la simplificación de los procesos administrativos y la valoración de recomendaciones de la población beneficiaria.

Dentro del marco conceptual que sustenta su elaboración, incorpora el enfoque centrado en las personas que incluye el enfoque de derechos, mediante los cuales la política incluye principios como la promoción y defensa de los derechos humanos y libertades fundamentales de la persona mayor, la valorización de la persona mayor, su papel en la sociedad y contribución al desarrollo, la dignidad, la individualidad y la autodeterminación, independencia, protagonismo y autonomía de la persona mayor, la igualdad y no discriminación, entre otros.

Así mismo, incluye el enfoque gerontológico como fundamento teórico-conceptual, que comprende las dimensiones de la persona: biológica, psicológica, social, y espiritual; a partir de un abordaje multi e interdisciplinario en la atención en salud y pensiones, para la construcción de un envejecimiento activo y saludable.

La formulación de esta política establece los elementos necesarios y oportunos para el fortalecimiento y la articulación de la prestación de los servicios de salud, de pensiones y de

prestaciones complementarias para las personas adultas mayores, con la finalidad de responder a sus necesidades particulares y retos futuros del envejecimiento poblacional. Contribuirá al fortalecimiento de la atención integrada y continuada, promoverá la atención ambulatoria, los cuidados a largo plazo y la consolidación de modalidades de atención como el alta programada, la atención y hospitalización domiciliar; y el establecimiento de una atención personalizada para la persona adulta mayor en los tres niveles de atención.

La implementación de dicha política no solo redundará en mayores oportunidades para la prestación de servicios de salud, sino que facilitará el acceso a las prestaciones complementarias y a las pensiones de una manera articulada, oportuna y de calidad para las personas adultas mayores, beneficiando también a sus familias y a la sociedad, contribuyendo a un envejecimiento activo y saludable de la población costarricense.

## **VI. Enfoques de la Política**

La Política Institucional para la Atención Integral de la Persona Adulta Mayor en la Caja Costarricense de Seguro Social, se fundamenta en los siguientes pilares teóricos y enfoques:

### **1.1 El envejecimiento desde una perspectiva de curso de vida**

El enfoque de curso de vida se constituye en “un conjunto de principios para poder estudiar el cambio evolutivo con independencia del punto temporal en el que acontezca, incluida las últimas décadas de la vida” (Villar, 2005, p.2). Por lo tanto, desde un enfoque de curso de vida, el envejecimiento es concebido como un proceso integrado dentro del conjunto de la trayectoria vital humana.

Desde este enfoque se reconoce que las personas mayores no son un grupo homogéneo y que la diversidad del individuo tiende a aumentar con la edad (OMS, 2002, p.79). Así mismo, resalta que las intervenciones de las sociedades dirigidas a crear ambientes de ayuda y que fomentan opciones saludables se consideran importantes en todas las etapas de la vida y aún más en la vejez.

Sin embargo, a medida que envejecen las personas, la evidencia determina que las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) se convierten en las principales causas de morbilidad, discapacidad y mortalidad en todas las regiones del mundo. Por lo tanto, es importante afrontar los riesgos de estas enfermedades, desde los primeros años de la vida hasta una edad avanzada, es decir, a lo largo de todo el curso de vida para promover un envejecimiento activo (OMS, 2002, p.80).

Según lo expone la OMS (2002), para fomentar este envejecimiento activo, “los sistemas de salud deben tener una perspectiva de curso de vida completo orientado a la promoción de la salud, prevención de la enfermedad y acceso equitativo tanto a una atención primaria como a una asistencia sanitaria de larga duración y de calidad” (p.83).

### **1.2. Enfoque de derechos**

Según la CEPAL (2006), el principio de la titularidad de derechos debe guiar las políticas públicas. El desarrollo debe orientarse conforme al marco normativo de los derechos civiles, políticos, económicos, sociales y culturales plasmados en acuerdos vinculantes tanto nacionales como internacionales.

Incorporar el enfoque de derechos en el abordaje de las personas adultas mayores, constituye a ésta como el sujeto central del desarrollo de acciones en donde se establecen obligaciones para los Estados frente a los derechos económicos, sociales, culturales, civiles y políticos, involucrados en una estrategia de largo plazo para la atención de la salud de este grupo poblacional (Huenchan, 2011).

### **1.3. Enfoque gerontológico**

La Gerontología es entendida como el estudio científico del proceso de envejecimiento, de la vejez y de las situaciones que se presentan alrededor de la persona adulta mayor y su entorno (Sánchez, 2010). Uno de los compromisos para la atención en salud de las personas adultas mayores desde el enfoque gerontológico, es el mejoramiento de la calidad de vida de las personas mayores, que sustente la visión de envejecimiento activo, con la incorporación del enfoque de derechos que promueva la construcción de una sociedad inclusiva para todas las edades.

Desde la visión gerontológica se considera a la persona adulta mayor desde su integralidad como un ser biopsicosocioespiritual. Se desarrolla una actitud más crítica, importante e influyente relacionada con los múltiples acontecimientos de la población que envejece.

### **1.4. Enfoque Atención Centrada en la Persona**

La Atención Centrada en las Personas es una característica esencial de la atención en salud. Debe proporcionar una mejor respuesta a las necesidades en salud de las personas, que pueden ser multidimensionales, con un abordaje integral e integrado que asegure que sean atendidas con respeto. El enfoque centrado en las personas, por ende, incluye a individuos, familias y comunidades como sujetos de atención (CCSS, 2016).

### **1.5. Enfoque de Género**

Analizar la realidad de las personas adultas mayores desde un enfoque de género permite elaborar una mirada más profunda sobre los procesos de desarrollo y contribuir a la transformación de las inequidades entre hombres y mujeres. Para el Programa de Normalización de la Atención a la Persona Adulta Mayor, facilita la identificación de los factores que contribuyen a los tratos desiguales y a las discriminaciones que se dan a nivel de la sociedad, la comunidad y la familia, atentando contra los derechos humanos de las personas adultas mayores para el establecimiento de acciones para la promoción de la igualdad de género en la vejez.

Si bien es cierto, se debe promover desde el programa la equidad entre hombres y mujeres en el acceso a los servicios de salud, al hablar de estas desigualdades en la vejez se suele situar a la mujer como la parte débil del eslabón, la cual ha tenido que enfrentar a lo largo de la vida un proceso de acceso desigual a las oportunidades y a dificultades para su desarrollo. En la mayoría

de los casos esto tiene un efecto acumulativo negativo en el bienestar social, económico y psicológico en la vejez de las mujeres. (Guzmán, 2002).

Por lo tanto, se debe asumir el enfoque de género como un eje transversal en la planificación del Programa, cuyo objetivo es que todas las intervenciones establecidas contribuyan a cerrar las brechas de desarrollo humano que persisten entre hombres y mujeres.

### **1.6. Enfoque de Riesgo**

El enfoque de riesgo, que permita identificar tanto los factores deteriorantes como los factores protectores y las resiliencias durante el proceso de envejecimiento. En ello, la detección del nivel de riesgo facilita la toma de decisiones para adecuar las acciones a las necesidades y prioridades de las personas adultas mayores. Este enfoque ha permitido evidenciar que dentro de los grupos más vulnerables destacan las personas adultas mayores. (CCSS, 2005, p.13)

### **1.7. Abordaje Interdisciplinario**

Involucra una atención integral e integrada incorporando los componentes psicológicos, sociales, biológicos, funcionales y legales que se encuentran implicados en el proceso de envejecimiento y en la vivencia de la vejez como etapa del ciclo vital. Desde este abordaje, se reconoce la necesidad de interrelación entre los saberes de todas las disciplinas presentes en la prestación de los servicios de salud (CCSS, 2005, p.13-14).

### **1.8. Intersectorialidad**

Permite un abordaje integrado mediante el establecimiento de acciones concertadas entre comunidad, sociedad civil y las instituciones del Estado involucradas. Es imprescindible incorporar a todos los actores sociales en la planificación, ejecución y evaluación de la atención a las personas adultas mayores (CCSS, 2005, p.14).

### **1.9. Enfoque intercultural de la salud**

Reconoce la importancia de caracterizar y valorar a la población y comprender las dimensiones de la pertenencia étnica, la cultura y la cosmovisión de los pueblos en la dinámica de salud, dentro de un sistema que busca más igualdad para todos en el proceso de atención (CCSS, 2016, p.44).

### **1.10. Buen Trato**

Enmarcados en la Política Integral para el Buen Trato, establecida en marzo del 2013 por la CCSS, que pretende “definir de forma periódica mediante la aplicación de herramientas, la percepción de los usuarios externos, en lo pertinente a la calidad en la prestación de los servicios, con el objetivo de efectuar las acciones requeridas para su mejoramiento” (CCSS, 2013, p.7). Esta política tiene como fin lograr el fortalecimiento de la imagen institucional ofreciendo a los usuarios un mejor servicio enfocado en la calidad y el buen trato. En esa línea la discusión de los grupos se ha centrado en virar de la atención preferencial al buen trato en el sentido de que la atención sea oportuna de acuerdo a su condición de salud, pero también, que se generen los

mecanismos necesarios para que puedan estar acompañados en los diferentes servicios, que el mobiliario sea cómodo, que no haya barreras arquitectónicas. O sea, al implementar los diferentes enunciados de la política, se estaría haciendo efectiva la política del buen trato en relación a la persona adulta mayor.

Va más allá del trato preferencial, implica atención empática, respeto a los derechos y trato digno.

## **VII. Objetivo de la Política.**

Fortalecer la prestación de servicios institucionales para el abordaje integral e integrado de la persona adulta mayor, con la finalidad de responder a sus necesidades acorde con la demanda del envejecimiento poblacional del país.

## **VIII. Lineamiento general de la Política**

La Caja Costarricense de Seguro Social como responsable de la atención integral de las personas desde los servicios de salud, pensiones y prestaciones complementarias, establece la Política de Prestación de Servicios Institucionales para la Atención Integral de la Persona Adulta Mayor. Esta política integrará la visión de calidad de los servicios que demanda este grupo poblacional, apelando a los principios de transparencia, legalidad, eficacia, eficiencia, participación, imparcialidad y ética.

Por tanto, la Alta Dirección representada por la Junta Directiva, la Presidencia Ejecutiva y el Cuerpo Gerencial, instruirán acciones que fortalezcan la prestación de servicios de salud, pensiones y prestaciones complementarias para las personas adultas mayores, con criterios de calidad y desde un enfoque gerontológico.

## **IX. Lineamientos específicos de Política:**

### **Enunciado 1**

La Caja Costarricense de Seguro Social fortalecerá la atención integral e integrada, en la prestación de servicios de salud, con un enfoque de curso de vida que promueva un envejecimiento activo y saludable, según demandas demográficas y epidemiológicas de la población.

### **Estrategias**

- a. Identificación del riesgo biológico, mental, social y funcional (carga de enfermedad) en el curso de vida y en la persona adulta mayor que permita el abordaje integral para disminuir la pérdida de funcionalidad, planificación de cuidados de largo plazo y la adecuación de la prestación de servicios de salud (caídas, violencia, fracturas, desnutrición, fragilidad, ceguera prevenible, entre otros).

- b. Fortalecimiento de las acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad con un enfoque de curso de vida que contribuya a la promoción de un envejecimiento activo y saludable hacia la población.
- c. Desarrollo de acciones específicas de promoción de la salud para las personas adultas mayores y su red de apoyo (autocuidado, estilos de vida saludable, entornos adaptados a las personas adultas mayores y fomento de la participación comunitaria) estimulando la autonomía e independencia en aras de incidir en un envejecimiento activo y saludable, según competencias institucionales.
- d. Fortalecimiento de acciones que promuevan la relación de apoyo a los cuidadores familiares de personas adultas mayores en condición de dependencia que residen en el domicilio.
- e. Mejoramiento de la gestión en red en los tres niveles de atención que contribuya al fortalecimiento de la atención geriátrica y con enfoque gerontológico, para la prestación de servicios de salud.

**Responsable:** Gerencia Médica.

**Corresponsable:** Consejo Intergerencial para la gestión de la Política de Prestación de Servicios Institucionales para la Atención Integral de la Persona Adulta Mayor.

## **Enunciado 2**

La Caja Costarricense de Seguro Social implementará modalidades de atención ambulatoria en salud, que promuevan la permanencia de las personas adultas mayores en su entorno habitual.

## **Estrategias**

- a. Fortalecimiento del Alta Programada para la atención continuada de la persona adulta mayor.
- b. Desarrollo y fortalecimiento de los hospitales de día en los establecimientos hospitalarios para la atención de las personas adultas mayores.
- c. Fortalecimiento de la atención, hospitalización y visita domiciliar acorde con el perfil de riesgo de las personas adultas mayores.
- d. Implementación de la gestión de casos para la atención continuada de la persona adulta mayor.
- e. Desarrollo de intervenciones oportunas y de calidad para el mantenimiento de la capacidad funcional de las personas adultas mayores en el Primer Nivel. (estimulación cognitiva, prevención de caídas, entre otras).

**Responsable:** Gerencia Médica.

**Corresponsable:** Consejo Intergerencial para la gestión de la Política de Prestación de Servicios Institucionales para la Atención Integral de la Persona Adulta Mayor.

### **Enunciado 3**

La Caja Costarricense de Seguro Social armonizará la prestación de los servicios de salud y pensiones, según demandas de las personas adultas mayores, asegurando desde un enfoque de derechos, una atención de calidad y con visión de excelencia.

### **Estrategias**

- a. Adaptación de los servicios de salud a las necesidades de las personas adultas mayores, considerando su entorno, condiciones demográficas y epidemiológicas.
- b. Ajuste de los mecanismos de gestión existentes que faciliten el acceso al aseguramiento de las personas adultas mayores, el trámite de pensiones de IVM y RNC, y el suministro de prestaciones complementarias, acorde con las necesidades de esta población y según disponibilidad de recursos institucionales.
- c. Implementación de acciones que aseguren el buen trato a las personas adultas mayores en los diferentes servicios institucionales (atención empática, respeto a los derechos y trato digno).
- d. Establecimiento de procesos de comunicación institucional dirigidos a la educación de la población usuaria para la construcción de un envejecimiento activo y saludable y la promoción de una imagen positiva de la vejez, como una herramienta de apoyo a la gestión institucional.

**Responsable:** Gerencia Médica/ Dirección de Comunicación Institucional.

**Corresponsable:** Dirección Institucional de Contraloría de Servicios.

### **Enunciado 4**

La Caja Costarricense de Seguro Social facilitará el acceso a los servicios de salud y pensiones que ofrece a la población adulta mayor mediante acciones de mejora regulatoria, tomando en cuenta sus necesidades.

### **Estrategias**

- a. Desarrollo de acciones para la identificación de los trámites que demanda la población adulta mayor en los servicios que otorga la institución.
- b. Formulación de propuestas de simplificación de trámites y mejora regulatoria que agilicen y mejoren el acceso a la población adulta mayor en los servicios que ofrece la institución.

- c. Fortalecimiento de la sinergia institucional en la implementación y seguimiento de las acciones para la mejora de los trámites, en el acceso a los servicios institucionales para la población adulta mayor.

**Responsable:** Gerencia Administrativa. Dirección de Sistemas Administrativos. Programa Simplificación de Trámites y Mejora Regulatoria.

**Corresponsable:** Gerencia Médica, Gerencia de Pensiones. Dirección de Comunicación institucional.

### **Enunciado 5**

La Caja Costarricense de Seguro Social orientará las prestaciones complementarias (prestaciones sociales, prestaciones económicas y ayudas técnicas) dirigidas a las personas adultas mayores, acorde con la competencia institucional y disponibilidad de recursos.

### **Estrategias**

- a. Identificación del conjunto de prestaciones complementarias que brinda la institución a las personas adultas mayores en los diferentes servicios institucionales.
- b. Ajuste del conjunto de prestaciones complementarias que brinda la institución de acuerdo con las condiciones sociodemográficas y epidemiológicas de las personas adultas mayores.
- c. Articulación del conjunto de prestaciones complementarias que garantice la optimización de los recursos institucionales y el máximo aprovechamiento para beneficio de las personas adultas mayores.

**Responsable:** Gerencia Médica. Gerencia de Pensiones

**Corresponsable:** Consejo Intergerencial para la gestión de la Política de Prestación de Servicios Institucionales para la Atención Integral de la Persona Adulta Mayor.

### **Enunciado 6**

La Caja Costarricense de Seguro Social desarrollará las competencias del Recurso Humano para brindar servicios institucionales en la atención integral hacia las personas adultas mayores, para asumir el reto del envejecimiento poblacional.

### **Estrategias**

- a. Inclusión de conocimientos relacionados con el proceso de envejecimiento y la vejez acordes con la situación demográfica y epidemiológica, en los perfiles laborales de profesionales, personal técnico-administrativo y de apoyo institucional.

- b. Establecimiento de procesos de capacitación continua del recurso humano en materia de envejecimiento y vejez, acorde con el cambio del perfil demográfico y epidemiológico, según las necesidades de atención de las personas adultas mayores y desde el enfoque centrado en la persona.
- c. Optimización del recurso humano existente a partir del fortalecimiento de las competencias profesionales y técnicas, acorde con los retos del envejecimiento poblacional.
- d. Replanteamiento en la asignación del recurso humano de acuerdo con las demandas de las personas adultas mayores y considerando la base poblacional de los establecimientos de la institución.

**Responsable:** Gerencia Administrativa.

**Corresponsable** Dirección de Desarrollo de servicios de Salud, CENDEISSS.

### **Enunciado 7**

La Caja Costarricense de Seguro Social continuará con los esfuerzos para mantener la adecuación de la infraestructura y equipamiento para la atención de las personas adultas mayores y sus acompañantes en los establecimientos institucionales, acorde con el perfil demográfico y epidemiológico.

### **Estrategias**

- a. Implementación de los criterios técnicos para adecuación de la infraestructura, mobiliario según priorización, que permita eliminar barreras físicas y faciliten el acceso y la movilización de las personas adultas mayores y sus acompañantes en los establecimientos institucionales.
- b. Generación de la documentación técnica pertinente para que los proyectos de nuevas edificaciones cumplan la Ley 7600, para facilitar la accesibilidad en infraestructura y movilización en los establecimientos para la atención de las personas adultas mayores, a partir de las necesidades detectadas.
- c. Establecimiento de mecanismos para el seguimiento y monitoreo de la condición de accesibilidad en el espacio físico y equipamiento para la atención de las personas adultas mayores en los establecimientos institucionales.

**Responsable:** Gerencia infraestructura.

**Corresponsable:** Gerencia Financiera, Gerencia Médica.

### **Enunciado 8**

La Caja Costarricense de Seguro Social fortalecerá la articulación y coordinación de acciones interinstitucionales e intersectoriales, que contribuyan al desarrollo de servicios institucionales acordes con las necesidades de las personas adultas mayores y a los retos del envejecimiento poblacional.

### **Estrategias**

- a. Desarrollo y fortalecimiento de alianzas estratégicas con el ente rector en materia de envejecimiento y vejez (CONAPAM), así como con otras organizaciones públicas y privadas de bienestar social (Hogares de larga estancia, centros diurnos y otras), según competencias y responsabilidades institucionales.
- b. Fomento de espacios de intercambio de información y experiencias que facilite la coordinación de acciones entre los múltiples actores del Sector Social, del Sector Salud, gobiernos locales y personas adultas mayores.

**Responsable:** Gerencia Médica, Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud.

**Corresponsable:** Consejo Intergerencial para la gestión de la Política Institucional para la Atención Integral de la Persona Adulta Mayor en la Caja Costarricense de Seguro Social.

### **Enunciado 9**

La Caja Costarricense de Seguro Social promoverá el desarrollo de investigaciones en materia de envejecimiento y salud, acorde con la normativa institucional, desde una perspectiva gerontológica, para contribuir al mejoramiento de los servicios institucionales.

### **Estrategias**

- a. Identificación de las necesidades de investigación en materia de envejecimiento y salud dentro del ámbito institucional.
- b. Establecimiento de alianzas estratégicas con instituciones académicas y científicas del sector público y privado nacionales e internacionales para la investigación en materia de envejecimiento vejez, según competencias institucionales.
- c. Fortalecer la investigación en los diferentes servicios institucionales, en materia de envejecimiento y vejez, según las necesidades identificadas.
- d. Toma de decisiones basadas en los resultados de las investigaciones para el mejoramiento de los servicios institucionales para las personas adultas mayores.
- e. Fortalecimiento del rol del Hospital Nacional de Geriatria y Gerontología en la red de servicios de salud, como un centro de investigación y de formación del personal institucional.

**Responsable:** Centro de desarrollo estratégico e información en salud y seguridad social (CENDEISS) / Consejo Intergerencial para la gestión de la Política de Prestación de Servicios Institucionales para la Atención Integral de la Persona Adulta Mayor.

**Corresponsable:** Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud.

### Enunciado 10

La Caja Costarricense de Seguro Social establecerá los mecanismos para la administración, seguimiento y evaluación de la “Política Institucional para la Atención Integral de la Persona Adulta Mayor”, que permita la mejora continua, el aprendizaje y la rendición de cuentas.

### Estrategias

- a. Conformación de Consejo Intergerencial integrado por un representante de cada gerencia y por el Programa de Normalización de la Atención a la Persona Adulta Mayor para articular los mecanismos de administración, seguimiento y evaluación de la política.
- b. Establecimiento de la agenda de implementación de la política, como instrumento de gestión y seguimiento, para garantizar el cumplimiento de los compromisos establecido por los responsables.
- c. Fortalecimiento del Programa de Normalización de la Atención a la Persona Adulta Mayor como unidad técnica encargada del acompañamiento técnico para la implementación de la Política Institucional para la Atención Integral de la Persona Adulta Mayor en la Caja Costarricense de Seguro Social.

**Responsable:** Dirección Desarrollo de Servicios de Salud.

**Corresponsable:** Consejo Intergerencial para la gestión de la Política de Prestación de Servicios Institucionales para la Atención Integral de la Persona Adulta Mayor.

### X. Referencia Normativa

Tipo del Instrumento	Nombre del Instrumento y año.
Internacionales	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Declaración Universal de los Derechos Humanos, 1948</li> <li>▪ Declaración Americana sobre los Derechos y Deberes del Hombre. 1948.</li> <li>▪ Convención Americana sobre Derechos Humanos, 1969</li> <li>▪ Pacto Internacional de los Derechos Civiles y Políticos, 1966, ratificado y adoptado por Costa Rica en 1976.</li> <li>▪ Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. 1966.</li> <li>▪ Plan de Acción Internacional sobre el Envejecimiento. Viena. 1982.</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de derechos económicos, sociales y culturales. 1988</li> <li>▪ Principios de las Naciones Unidas en favor de las personas de edad. 1991</li> <li>▪ Observación General 14 sobre el derecho a la Salud. 2000</li> <li>▪ Resolución CSP26. R20. Organización Mundial de la Salud. 2002.</li> <li>▪ Plan de Acción Internacional sobre el Envejecimiento. Madrid. 2002.</li> <li>▪ Declaración de Brasilia. 2008</li> <li>▪ Plan de Salud de Centroamérica y República Dominicana 2010 – 2015. 2009.</li> <li>▪ Agenda de Salud de Centroamérica y República Dominicana 2009-2018. 2009.</li> <li>▪ Plan de Acción sobre la Salud de las Personas Mayores incluido el Envejecimiento Activo y Saludable. Organización Mundial de la Salud 2009.</li> <li>▪ Carta de San José sobre los derechos de las personas mayores de América Latina y el Caribe. 2012.</li> <li>▪ Convención interamericana sobre la protección de los derechos humanos de las personas mayores. OEA. 2015.</li> <li>▪ Estrategia y Plan de Acción Mundiales sobre Envejecimiento y salud. Ginebra. 2016</li> </ul>
<b>Nacionales</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Constitución Política de Costa Rica, 1949</li> <li>▪ Ley Integral para la Persona Adulta Mayor. Ley 7935. 1999.</li> <li>▪ Ley de Igualdad de Oportunidades para las Personas con Discapacidad, Ley N° 7600. 2006</li> <li>▪ Ley General de Salud Ley N° 5395. 1984</li> <li>▪ Ley de Derechos y Deberes de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud Pública y Privada, Ley N° 8239. 2002</li> <li>▪ Plan Nacional de Salud 2010-2021. 2010.</li> <li>▪ Política Nacional de Sexualidad 2010-2021</li> <li>▪ Plan Nacional de Reducción del Consumo de Sal/Sodio en la población de Costa Rica 2010-2021</li> <li>▪ Plan Nacional de Actividad Física y Salud 2011-2021</li> <li>▪ Política Nacional de Salud Mental 2012-2021</li> <li>▪ Política Nacional para la Igualdad y Equidad de Género 2007-2017. 2007.</li> <li>▪ Código de Familia Ley N° 5476. 1974</li> <li>▪ Reglamento de la Ley de derechos y deberes de las personas usuarias de los servicios de salud públicos y privados, Ley N° 3261. 2005.</li> <li>▪ Política Nacional de Envejecimiento y Vejez. 2011-2021. Decreto N° 38036-MP-MBSF. 2011.</li> </ul>
<b>Normativas institucionales e interinstitucionales</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ley Constitutiva de la Caja Costarricense de Seguro Social.</li> <li>▪ Reglamento del Seguro de Salud. 2010.</li> <li>▪ Reglamento del Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte. 2005.</li> <li>▪ Reglamento del Régimen No Contributivo de Pensiones. 2008.</li> <li>▪ Política de Atención Preferencial en la Caja Costarricense de Seguro</li> </ul>

Social. 1997.

- Oficialización de la operación funcional de los programas de atención a las personas en la institución. GM-MDC-2166-14
- Plan Estratégico Institucional 2015-2018.
- Instructivo Programa Régimen No Contributivo para el trámite y control de las pensiones por vejez, invalidez, orfandad e indigencia. 2013.
- Política Integral del Buen Trato. 2013.
- Plan para el desarrollo del fortalecimiento de los Servicios de Geriatría. 2009.
- Creación de equipos para atención integral de personas en condición de abandono en Hospitales de la Caja. Oficio 27569-5-A-10. 2010.
- Plan de Atención Institucional a las personas en condición de abandono en los servicios de salud. 2009.
- Lineamiento de la Gerencia Médica. Visita a Hogares de Ancianos. Oficio 378-GM-2005.
- Lineamiento criterios de referencia a Geriatría (oficio 37412-5-2012).
- Lineamiento para la atención social de personas adultas y adultas mayores, que presentan Síndrome de Maltrato/Negligencia y Abandono, detectadas en el I, II y III Nivel de atención del Seguro de Salud. (GM-MDC-44070-13).

---

Nota: Esta normativa es base referencial, su revisión y actualización permanente da la posibilidad de considerar otras disposiciones presentes o futuras que por omisión se hayan excluido sin buscar daño material.

## XI. GLOSARIO

**Abandono:** La falta de acción deliberada o no para atender de manera integral las necesidades de una persona mayor que ponga en peligro su vida o su integridad física, psíquica o moral. *Convención interamericana sobre la protección de los derechos humanos de las personas mayores. OEA, 2015.*

**Alta Programada:** Proceso de gestión clínica a través del cual se brindan herramientas a las personas y sus familias acerca de los cuidados en el hogar asociados a su problema de salud, de manera que el egreso hospitalario ocurre cuando se garantiza la atención continuada de la persona en la Red de Prestación de Servicios de Salud, en los servicios de apoyo o en el domicilio según sea la condición y perfil del paciente. *Modificado de CCSS. Atención Integral al Usuario(a): Alta Programada y Servicios de Apoyo en el Marco de la Atención y Hospitalización domiciliar. DDSS. San José, 2013.*

**Atención Ambulatoria:** Atención de salud impartida por personal calificado a una persona no hospitalizada, que no pernocta en el centro de atención. *CCSS. Definiciones básicas de las estadísticas de las atenciones de los servicios de salud. San José 2012.*

**Atención Domiciliar:** en el escenario domiciliario se refiere a la atención programada que incluye la realización de acciones de recuperación y mantenimiento, rehabilitación y cuidado paliativo, para el abordaje a personas con diferentes necesidades, por ejemplo personas con padecimientos crónicos con limitaciones para su movilización. Permiten a las personas recibir intervenciones en su vivienda. Su organización depende de los servicios de Primer Nivel de Atención, ya que se presta con recursos propios del Área de Salud. *CCSS (2016) Fortalecimiento de la Prestación de Servicios de Salud. Propuesta ajustada a la prueba de campo. San José, 2016.*

**Atención integrada:** Los cuidados que interrelacionan los diferentes servicios de salud disponibles para atender una necesidad de prestación de servicios de salud de la persona. Incluye servicios que pueden ser brindados por diferentes disciplinas, tecnologías, establecimientos o niveles de atención. Puede incluir, de ser necesario, la coordinación con otros servicios fuera del ámbito de la prestación de servicios de salud. *CCSS (2016) Fortalecimiento de la Prestación de Servicios de Salud. Propuesta ajustada a la prueba de campo. San José, 2016.*

**Atención Integral:** Es la atención que incluye actividades de promoción, prevención, curación y de rehabilitación de la salud. *CCSS. Reglamento del Seguro de Salud No. 7082 1996. (Actualizado 2003).*

**Ayudas Técnicas:** elementos que una persona con discapacidad requiere para mejorar su funcionalidad y garantizar su autonomía. *República de Costa Rica. (1999). Ley Integral para la persona adulta mayor y su reglamento. Ley 7935.*

**Calidad de vida:** Es la percepción individual de la propia posición en la vida dentro del contexto del sistema cultural y de valores en que se vive y en relación con sus objetivos, esperanzas, normas y preocupaciones. Es un concepto amplio, que incluye de forma compleja la salud física de la persona, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, sus creencias personales y su relación con las características destacadas de su entorno. A medida que las personas envejecen, su calidad de vida se ve determinada en gran medida por su capacidad para mantener la autonomía y la independencia. *Organización Mundial de la Salud (2002). Envejecimiento activo: Un Marco Político. En Rev. Española de Geriatria y Gerontología, 37(S2):74-105. [Archivo pdf] Recuperado el 20 de enero del 2015 en <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/oms-envejecimiento-01.pdf>*

**Calidad:** Grado en el que un conjunto de características inherentes de un objeto cumple con los requisitos. *Nota 1:* El término —calidad‖ puede utilizarse acompañado de adjetivos tales como pobre, buena o excelente. *Nota 2:* Inherentel, en contraposición a —asignadol, significa que existe en el objeto.

**INTE NORMA ISO 9001:2008.**

**Calidad del servicio:** Conjunto de características que confieren al servicio la capacidad de satisfacer tanto las necesidades como las demandas actuales y potenciales. *República de Costa Rica. (1999). Ley Integral para la persona adulta mayor y su reglamento. Ley 7935.*

**Carga de enfermedad:** La Carga Global de la Enfermedad proporciona estimaciones oficiales de las causas de mortalidad, defunciones según causa, los años de vida perdidos, años vividos con

discapacidad, años de vida ajustados por discapacidad, por país, edad y sexo. **La Carga de Enfermedad y esperanza de vida saludable, Caja Costarricense de Seguro, 2014.**

**Continuidad:** El grado en que una serie de eventos discretos del cuidado de la salud son percibidos por las personas como coherentes y conectados entre sí en el tiempo, y son congruentes con sus necesidades y preferencias en salud. *Modificado de Continuity in: Haggerty JL, Reid RJ, Freeman GK, Starfield B, Adair CE, Mc Kendry R. Continuity of care: a multidisciplinary review. BMJ; 327(7425): 1219–1221. 2003.*

**Cuidados a largo plazo:** La Organización Mundial de la Salud ha definido la asistencia de larga duración (cuidados a largo plazo) como «el sistema de actividades desarrolladas por cuidadores informales (familia, amigos, vecinos) o profesionales (servicios sanitarios y sociales) para garantizar que una persona que no pueda valerse por sí misma pueda llevar una vida con la mayor calidad posible, según sus gustos personales, y con el mayor grado posible de independencia, autonomía, participación, realización y dignidad humana» *Organización Mundial de la Salud (2002). Envejecimiento activo: Un Marco Político. En Rev. Española de Geriatría y Gerontología, 37(S2):74-105. [Archivo pdf] Recuperado el 20 de enero del 2015 en <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/oms-envejecimiento-01.pdf>*

**Enfoque de Curso de vida:** Enfoque que tiene en cuenta los procesos biológicos, conductuales y psicosociales subyacentes que operan en todo el curso de vida y que están determinados por las características individuales y el entorno en que se vive. *Informe mundial sobre envejecimiento y la salud. OMS, 2015.*

**Enfoque gerontológico:** El enfoque gerontológico plantea el estudio del proceso de envejecimiento, la vejez y la persona adulta mayor desde sus dimensiones biológica, psicológica, social y espiritual; a partir de un abordaje multi e interdisciplinario para la construcción de un envejecimiento activo y saludable.

*Pina, M. (2009). Trabajo Social Gerontológico: Investigando y construyendo espacios de integración social para las personas mayores. En Boletín Electrónico Surá. Escuela de Trabajo Social, Universidad de Costa Rica. Recuperado el 22 de junio del 2015 en [Archivo pdf] <http://www.ts.ucr.ac.cr/binarios/sura/sura-0151.pdf> Zarebski, G. (2009). Conferencia: Envejecimiento un enfoque interdisciplinario e integrador. Congreso de la Sociedad Uruguaya de Gerontología. Uruguay.*

**Entornos adaptados a las personas mayores:** Entornos (como el hogar o la comunidad) que alientan el envejecimiento saludable y activo al fomentar y mantener la capacidad intrínseca a lo largo de toda la vida y permitir una mayor capacidad funcional en una persona con determinado nivel de capacidad. *Informe mundial sobre envejecimiento y la salud. OMS, 2015.*

**Envejecimiento:** Proceso gradual que se desarrolla durante el curso de vida y que conlleva cambios biológicos, fisiológicos, psico-sociales y funcionales de variadas consecuencias, las cuales se asocian con interacciones dinámicas y permanentes entre el sujeto y su medio. *Convención interamericana sobre la protección de los derechos humanos de las personas mayores. OEA, 2015.*

**Envejecimiento activo y saludable:** Proceso por el cual se optimizan las oportunidades de bienestar físico, mental y social, de participar en actividades sociales, económicas, culturales, espirituales y cívicas, y de contar con protección, seguridad y atención, con el objetivo de ampliar la esperanza de vida saludable y la calidad de vida de todos los individuos en la vejez, y permitirles así seguir contribuyendo activamente a sus familias, amigos, comunidades y naciones. El concepto de envejecimiento activo y saludable se aplica tanto a individuos como a grupos de población. *Convención interamericana sobre la protección de los derechos humanos de las personas mayores. OEA, 2015.*

**Equipo Interdisciplinario e Intergerencial:** Es aquel equipo técnico en el cual se produce el encuentro y la cooperación entre dos o más disciplinas, las que mantienen sus aspectos teóricos o empíricos respectivos, conservan la especificidad de sus esquemas conceptuales, procedimientos científicos y el respeto mutuo de los objetivos y prácticas. Dicho equipo está conformado por disciplinas de varias gerencias de la institución. *Modificado de: Criado M y Barchietto AM. Importancia del enfoque interdisciplinario en la evaluación forense del abuso sexual infantil. Cuadernos de Medicina Forense. Año 4, No. 2 (31-33). Buenos Aires, 2005. Programa de Normalización de la Atención a la Persona Adulta Mayor. 2015.*

**Factor de Riesgo:** Condiciones sociales, económicas o biológicas, conductas o ambientes que están asociados con o causan un incremento de la susceptibilidad para una enfermedad específica, una salud deficiente o lesiones. *OPS/OMS. Promoción de la Salud: una Antología. Washington DC, 1996.*

**Geriatría:** Especialidad médica dedicada a la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de las enfermedades en las personas adultas mayores durante su etapa de vejez.

**Gerontología:** Es una disciplina científica que estudia el envejecimiento, la vejez y a la persona adulta mayor bajo la perspectiva biológica, psicológica, social, cultural y económica.

**Gestión de Caso:** La gestión de caso es un proceso de colaboración en el asesoramiento, planificación, acceso a los servicios, para hallar las mejores opciones de atención de las necesidades de prestación de servicios de salud de las personas, mediante la comunicación y los recursos disponibles a fin de alcanzar los objetivos de la prestación. *Case Management Society of America. Standards of Practice for Case Management. Arkansas, 2010.*

**Gestor de red:** favorece la provisión de atención continua a lo largo de los diferentes servicios de la Red, mediante la integración y coordinación de necesidades y recursos con un enfoque centrado en las personas. *OPS/OMS. Redes Integradas de Servicios de Salud: El desafío de los hospitales. Santiago, 2011.*

**Institucionalización:** cuando la persona adulta mayor habita en un establecimiento privado, quien asume el rol de familia y/o cuidador. Este establecimiento puede estar financiado con fondos públicos o del Estado y ser administrado por organizaciones no gubernamentales calificadas como de bienestar social, debiendo suplir servicios básicos para mantener la salud de las personas mayores. *CCSS. Programa Normalización de la Atención a la Persona Adulta Mayor. 2015*

**Hospitalización domiciliar:** brinda un conjunto de atenciones y cuidados profesionales de rango hospitalario, tanto en calidad como en cantidad, a las personas en su domicilio, cuando ya no precisan de la infraestructura hospitalaria, pero todavía necesitan vigilancia activa y asistencia compleja. En esta modalidad, la persona mayor es tratada en su casa en condiciones de apoyo médico, de enfermería y tecnológico, equivalente al manejo que tendría en el hospital. Es importante contar con la aceptación de la familia, con las condiciones de estructura y soporte adecuadas para el cuidado y con una apropiada coordinación con el equipo tratante, entre otros aspectos. *Adaptado de CCSS. Fortalecimiento de la Prestación de Servicios de Salud. Propuesta ajustada a la prueba de campo. 2016.*

**Persona Adulta Mayor:** Toda persona de 65 años o más. *República de Costa Rica. (1999). Ley Integral para la persona adulta mayor y su Reglamento. Ley 7935.*

**Prestaciones complementarias:** Para efectos de esta política, se refiere a los beneficios de orden social, económico y/o ayudas técnicas que complementan la prestación en salud y pensiones; cuyo objetivo es el mantenimiento integral de la salud. Se otorgan acorde con las regulaciones específicas que dicte la CCSS. *CCSS. Programa Normalización de la Atención a la Persona Adulta Mayor. 2015.*

**Servicios Institucionales:** Para efectos de esta política, se refiere a las diferentes instancias de la CCSS encargadas de ofrecer las prestaciones en salud, otorgamiento de pensiones, prestaciones sociales, económicas, ayudas técnicas, entre otras; que se brindan a las personas adultas mayores desde la CCSS”.

De previo a su ejecución, deberá presentarse el plan de acción que corresponde a la Política aquí aprobada. En ese sentido, queda encargada la Gerencia Médica de la atención de este asunto.

Asimismo, **se ACUERDA** instruir a la Gerencia Médica para que realice la divulgación respectiva de la Política aprobada.

Ingresa al salón de sesiones la Directora Soto Hernández.

Sometida a votación la moción para que la resolución se adopte en firme es acogida por todos los señores Directores, salvo por la Directora Alfaro Murillo. Por tanto, el acuerdo se adopta en firme.

La Gerente Médico y la licenciada Coto Jiménez se retiran del salón de sesiones.

Ingresan al salón de sesiones el licenciado Luis Guillermo López Vargas, Director de la Dirección Actuarial y Económica, y la Dra. Jacqueline Castillo Rivas, Jefe de Estadística de la citada Dirección.

## **ARTICULO 29°**

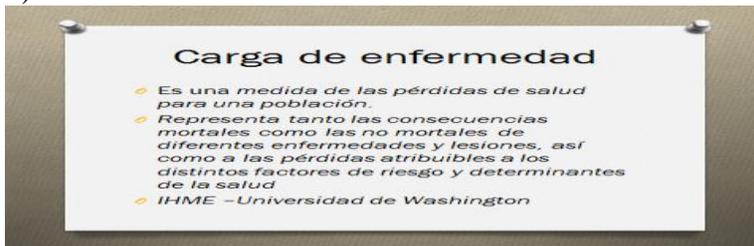
La señora Presidenta Ejecutiva refiere que seguidamente se presentará el análisis realizado en relación con la “Carga de enfermedad. Años de vida saludable. Costa Rica: 2015”.

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

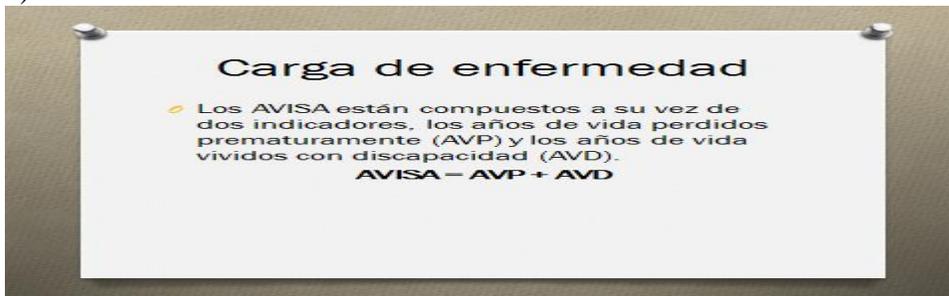
a)



b)



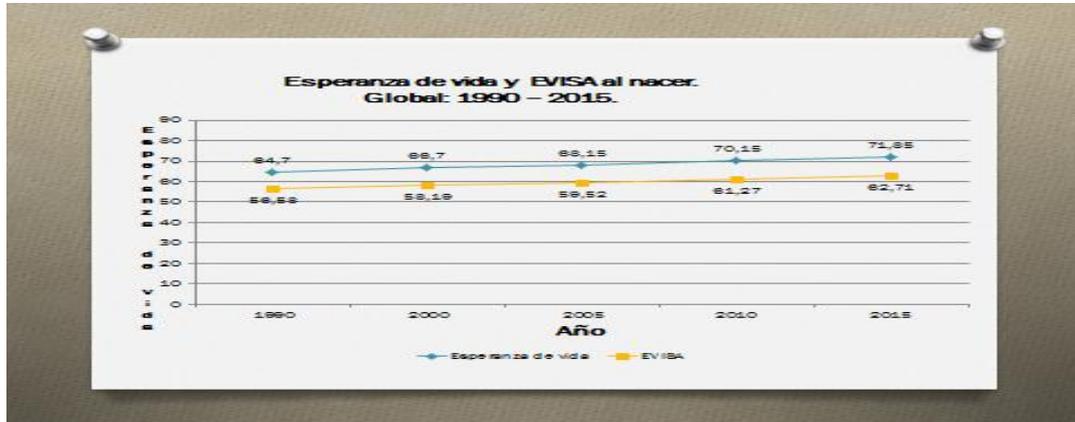
c)



d)



e)



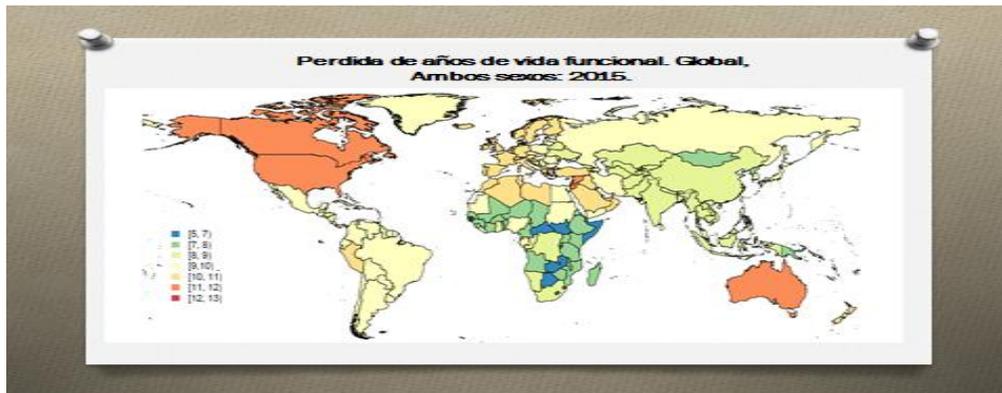
f)

**Que sucedió en el mundo entre 1990 - 2015?**

**Riesgos ocupacionales;**  
Alto IMC;  
Consumo de drogas

**Condiciones insalubres; Bajo peso al nacer;**  
Desnutrición infantil; fumado

g)



h)

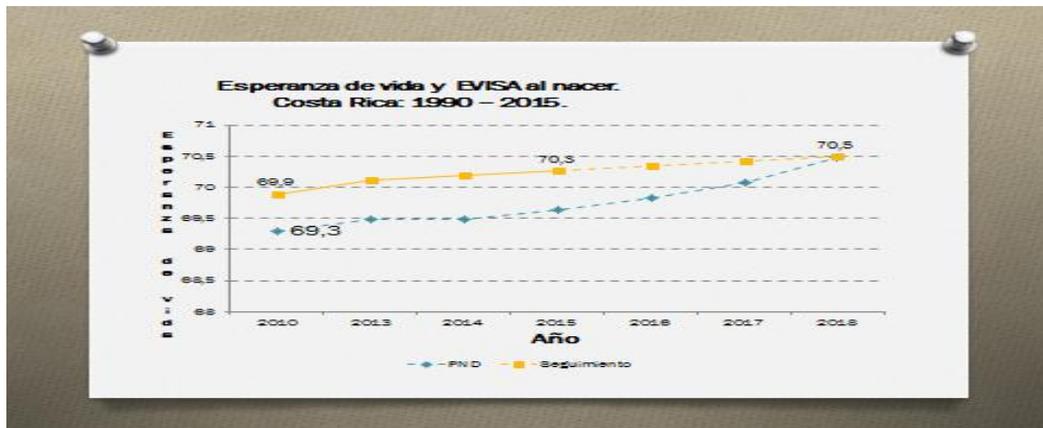


i)

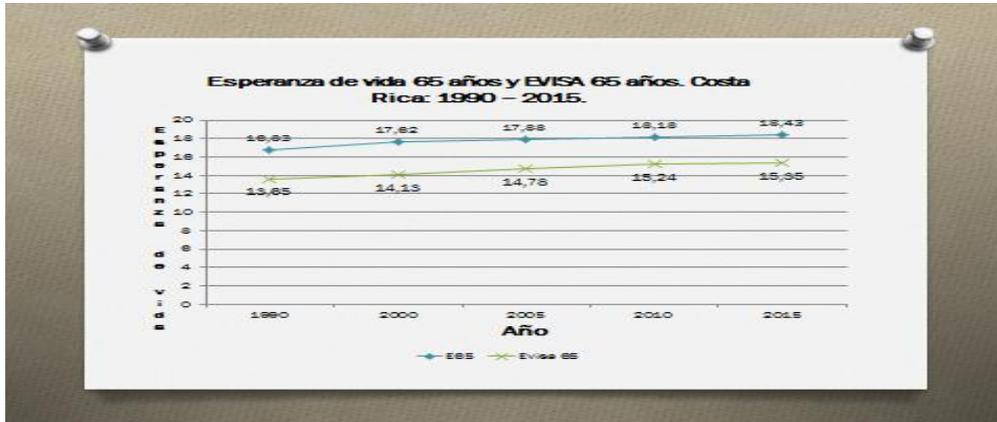
**Figura 6. Descripción de la Meta del Sector Salud en el PND 2015-2018**

Objetivo Sectorial	Resultado	Indicador	Línea base	Meta del periodo 2015-2018 y anual
Mejorar el estado de salud de la población, mediante el acceso a servicios integrales de salud universales, solidarios y sostenibles con calidad	Población más longeva y saludable	Incremento de la esperanza de vida saludable	Promedio anual de incremento de años de vida saludable 0,145 (Valor de EVISA 2013: 69,34 años, aplicando el crecimiento promedio observado de 1990 a 2010)	2015-2018: <b>Incrementar gradualmente hasta un 31% la tasa de crecimiento promedio acumulada de la EVISA (70,49 años en el 2018)</b> 2015: 0,16 años 2016: 0,19 años 2017: 0,25 años 2018: 0,40 años <b>Total de años aumentados: 1,01 años con respecto al año 2014</b>

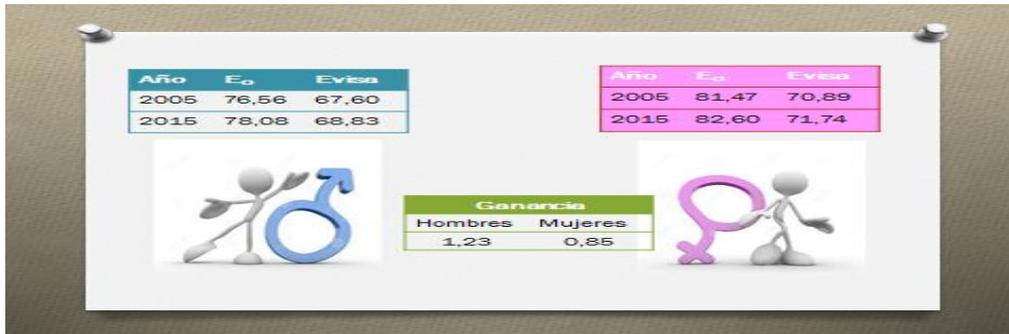
j)



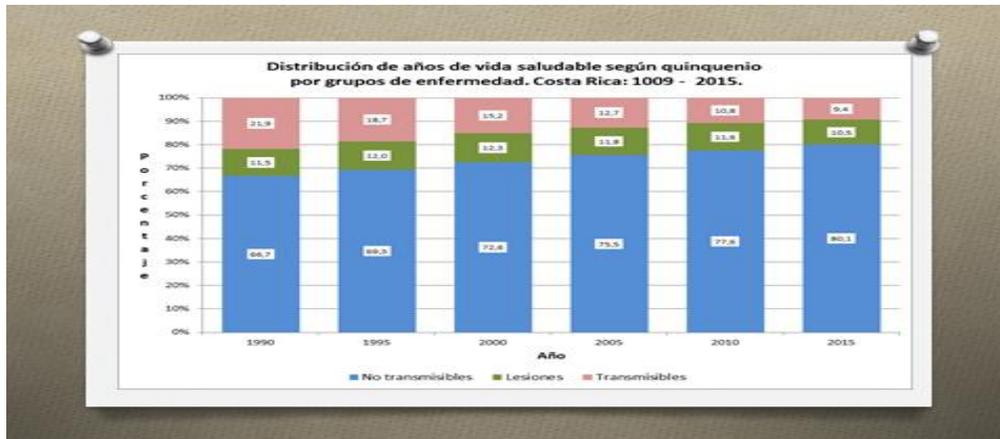
k)



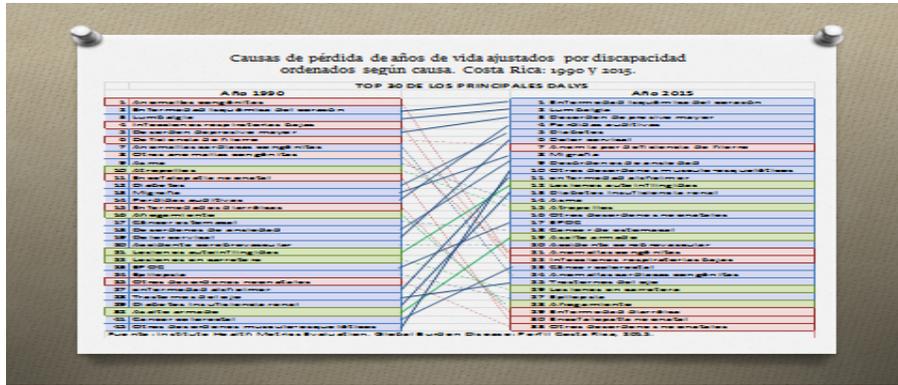
l)



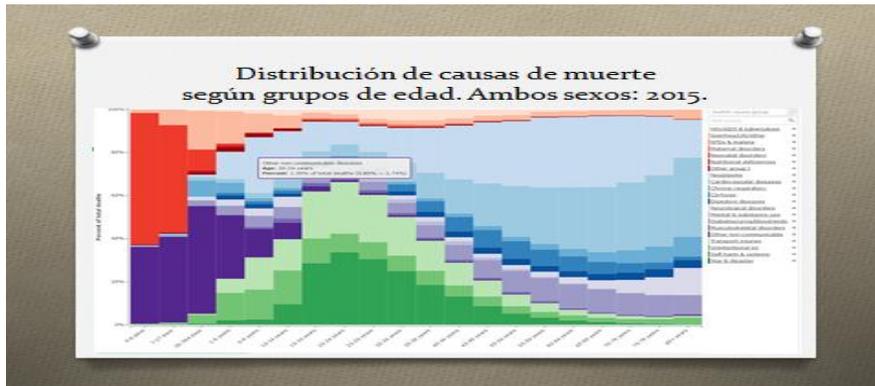
m)



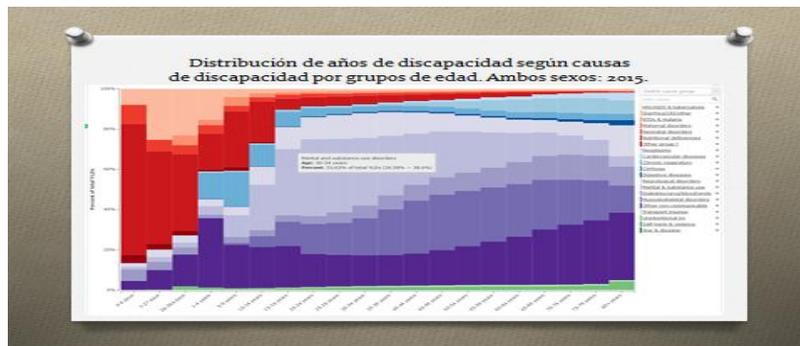
n)



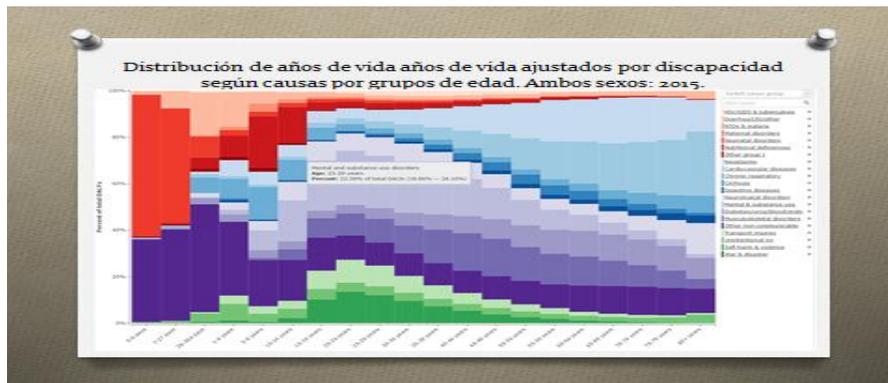
o)



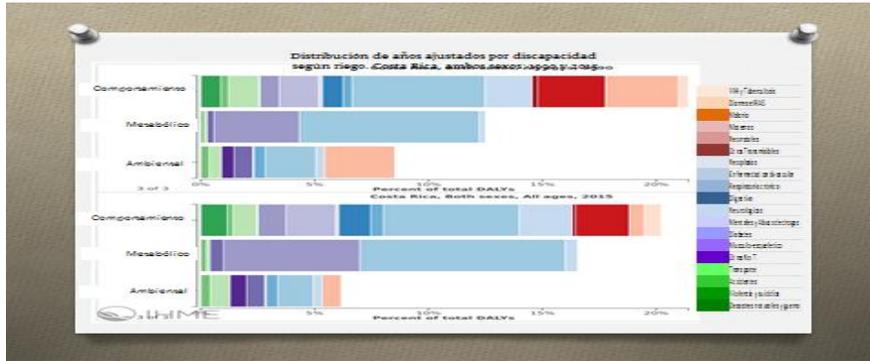
p)



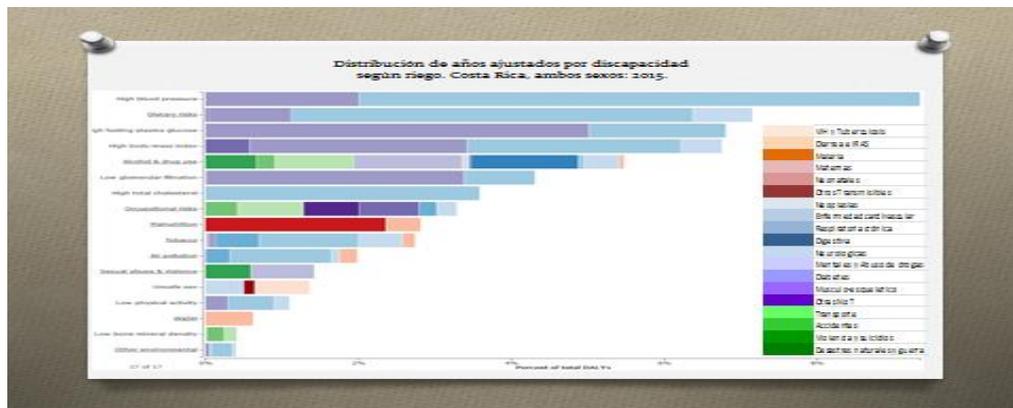
q)



r)



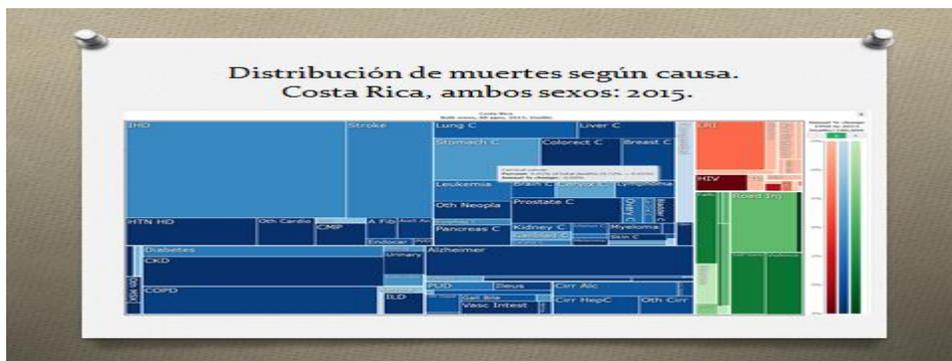
s)



t)

**Carga de enfermedad**  
Costa Rica: 2015.

u)



v)



x)



Respecto del análisis realizado en relación con la “Cargas de enfermedad, años de vida saludable, Costa Rica, año 2015, refiere la Dra. Jacqueline Castillo Rivas que en el año 2014, se estuvo trabajando con el tema de la medición de carga de enfermedad y se establecieron las metas del Plan Nacional de Desarrollo (PND), con base en los años de vida saludable. También en el ese año, se dio una capacitación con respecto del análisis de la carga de enfermedad y en este momento, se presentarán los resultados del año 2015 que se ha trabajado con el Instituto Health Metrics de la Universidad de Washington. Hace hincapié en que han colaborado alrededor de 1.700 investigadores a nivel del mundo, Costa Rica también está trabajando con 500 investigadores de planta. La carga de enfermedad es una medición de los años de vida saludable y de la pérdida de salud en la población y lo que trata de medir, es tanto las consecuencias mortales como las no mortales de diferentes enfermedades y lesiones. También se puede medir las pérdidas de vida de diferentes riesgos y determinantes de la salud. La Universidad de Washington que hace una medición para 189 países y con investigadores de diversas ramas: estadísticos, salubristas públicos, médicos, entre otros. Las mediciones que se realizan están compuestas por los años de vida prematuramente perdidos, son las muertes que se pierden por muertes prematuras, por ejemplo, en accidente de tránsito, más los años vividos con discapacidad por alguna enfermedad, ya sea crónica o por alguna secuela de algún accidente. Los AVISA son la suma de los años de vida saludable que son los prematuramente perdidos, más los perdidos por discapacidad. Usualmente, se ha medido toda la salud a través de la esperanza de vida, la cual

son los años que se espera una persona viva al nacer. Como ilustración, en este momento, cuando un niño nace se espera que viva alrededor de 82 años, si las condiciones de vida se mantienen a lo largo de la vida, en igualdad de condiciones. Se trata de medir los años de vida saludable, es decir, a lo que se aspira vivir, pero se tiene un tiempo que se vive saludablemente, dado que la persona no está afectada por la discapacidad y por las muertes prematuras. En ese sentido, como lo comentó, esta medición se realiza no solo para Costa Rica, sino para 189 países, a partir del año 1990 hasta el año 2015. En el mundo la esperanza de vida en el año 1990 era de 64,7 años, en este momento está en 71,85 años. Por otra parte, se tiene que la esperanza de vida saludable, en el mundo se inicia con los 56,58 años de vida saludable, es decir, de los 64 años se vivían 56 años saludables. En el 2015, de los 71 años se espera que se vivan 62 años de vida saludable. En la información se está combinando las condiciones de África con las de Europa, Asia, el Medio Oriente y demás. Están incluidas las partes de las guerras que se generan en ciertos países, también como la falta de agua y otros aspectos. A nivel mundial se espera que las personas vivan 62 años de vida saludable. Le interesa que se tenga en cuenta todos esos datos, para que cuando se analice en Costa Rica, se puedan comparar y se observen las diferencias que hay. Con respecto del mundo, se ha ganado años de vida saludable, porque se ha bajado lo que son las condiciones insalubres, el bajo peso al nacer, la desnutrición infantil y el fumado; no ha sido igualmente homogéneo, pero ha venido disminuyendo a nivel mundial, esos cuatro factores de riesgo. Sin embargo, se ha ido elevando lo correspondiente a los riesgos ocupacionales, ha aumentado el índice de masa corporal y el consumo de drogas.

Pregunta el Director Devandas Brenes si no están incluidos los accidentes de tránsito.

Responde la Dra. Castillo que sí, pero el tema de los riesgos ocupacionales, se está analizando a nivel mundial. Sí se tienen accidentes de tránsito, pero los tres más importantes, son los enumerados anteriormente. Está siendo preocupante el tema del consumo de drogas, fue el asunto que más se mencionó, sobre todo en la Organización de las Naciones Unidas (ONU).

Continúa la exposición la Licda. Castillo y anota que hay una diferencia entre los años de vida saludable y la esperanza de vida. En cuanto a la pérdida de años de vida funcional global, ambos sexos al año 2015, se tiene demostrada la diferencia entre los años de vida saludable y la esperanza de vida y la diferencia que hay, por ejemplo, en los países africanos se tiene que la esperanza de vida y la diferencia de años de vida saludable es muy pequeña, porque se mueren por causas que podrían ser evitables. Sin embargo, en Canadá y Estados Unidos son los países que tienen una diferencia de años de vida saludable y esperanza de vida más amplia, pero las causas que hay son enfermedades crónicas, viven muchos años de diferencia con más enfermedad y viven con discapacidad algunos de esos años. En relación con lo que ha sucedido en Costa Rica, se tiene que la esperanza de vida al nacer, en el año 1990 era de 76.58 años, en este momento se estima en 80.32 años.

Interviene la Dra. Sáenz Madrigal y resalta que en el año 1990, Costa Rica ya tenía 12 años de esperanza de vida saludable, más que el promedio mundial.

Señala la Dra. Castillo Rivas que la esperanza de vida saludable en el año 1990, era de 67.38 años y en este momento se estima en 70.27 años.

La señora Presidenta Ejecutiva hace hincapié en que esperanza de vida saludable en el mundo, en el año 1990 era de 56.5 años.

Recuerda la Dra. Castillo que en el Programa de Naciones Unidas (PND), una de las metas definidas es en términos de aumentar 1,1 años de vida saludable, en un período de cuatro años, del 2014 al 2018. En ese momento, se inició con una esperanza de vida de 69,3 años, porque era la medición. Se hizo una revisión en todo el mundo, de todos los indicadores que se habían calculado en ese momento, porque lo que se hacía era que sí Costa Rica no tenía un dato, por ejemplo, de nutrición de niños, lo que se hacía era exponer los datos de Centro América o de algún país cercano. En este momento, se mide con un indicador de desarrollo económico, el cual está relacionado con el ingreso per cápita, con la tasa de fecundidad y con el grado de escolaridad. Se aplica una regresión bayesiana, se ajustó con un 0,6% pero se realizó a nivel de todo el mundo. En este momento, el resultado de la medición en el año 2015 es de un 70,3%, si se proyecta de acuerdo con el comportamiento, se llega a 70,5 años y en el año 2018, de acuerdo con el crecimiento que se produzca de lo que son años de vida saludable. Un punto importante que se hizo este año con la medición de la esperanza de vida saludable, es que no solamente se midió al nacer, sino a los 65 años, porque todo el mundo ha ido creciendo en años en esperanza de vida y en muchos países, sobre todo en los desarrollados, lo que es la parte de 65 años y más tiene aún 3. Se hizo la medición para Costa Rica, la estimación de años de esperanza de vida a los 65 años en 1990, era de 16.83 años, son los años de vida que usted espera vivir si las condiciones de vida se mantienen. Sin embargo, en este momento una persona de 65 años en el año 2015, se espera que viva 18,43 años y más. Entonces, cómo se espera que viva esos años de vida saludable, en este año 15,35 años. Para la Caja ese dato es muy importante desde el punto de vista actuarial, no solamente por el financiamiento de la parte de Seguros de Pensiones sino también el Seguro de Salud. Recuerda que el pensionado también tiene que pagar una parte del Seguro de Salud y sería deseable con una de esas metas, es tratar que esos años se puedan vivir con menor cronicidad, porque lo que se observa es mucha discapacidad, menos que las muertes prematuras y ese aspecto, es lo que va a generar la diferencia.

Pregunta el Director Devandas Brenes si a una persona le afecta que tenga presión alta, aun cuando la tenga controlada.

Responde la Dra. Castillo que sí afecta, en el sentido de que cuando se realiza el ajuste, se toman todas las condiciones de vida, por lo que están los años de vida perdidos prematuramente, éstos se mueven antes de la esperanza de vida que se ha estimado. En este momento, el país que tiene la Esperanza de Vida más elevada es Japón, porque está en 83 años. Para esa situación, Schmid, Pratt y Howze, definió una tabla de vida diferenciada, para poder calcular cuál es la más deseable, y lo ha hecho con un grupo específico. Están los años de vida prematuramente perdidos, es decir, si alguna persona fallece a la edad de 18 años, producto de un cáncer de estómago, perdió prematuramente unos años, pero también se mide la discapacidad, por lo que se realiza un ajuste. Por ejemplo, si la persona es hipertensa, diabético y está encamada, en cuanto a funcionalidad se pierde un 0,95 año, pero si el paciente está controlado, puede ser que pierda solo 0,10 de años o un 0,05 de años. Todos esos elementos se ajustan de acuerdo con estudios publicados de meta análisis y otros. Para cada país se realiza una revisión bibliográfica bastante importante y se ajusta para uno. No significa que en la funcionalidad, a todo se le reste un directamente, sino una proporción. En cuanto a cómo se comportan los grupos de edad, se tiene una comparación de la esperanza de años de vida y los años de vida saludable, tanto para

hombres como para mujeres. En el año 2005, la Esperanza de Vida para los hombres era de 76 años y en este momento, para los hombres es de 78 años. La esperanza de vida saludable para los hombres en el 2005, era de 67 años y en este momento es de 68,83 años. Las mujeres tienen mayor Esperanza de Vida, siendo que en el año 2005 era de 81 años y en este momento es de 82,60 años. De vida saludable 70,89 y en este momento es de 71,74. Lo que sucedió en ese período, es que los hombres ganaron años de vida saludable 1,23 años, mientras que las mujeres 0,85 años. Lo anterior, porque las mujeres están fumando más, dado que no tienen más accidentes de tránsito, más homicidios, por lo que se observa un factor de cambio y, además, hay otros factores que están afectando el comportamiento. En relación con cómo se han ido comportando los años de vida, según grupos de enfermedad, se tiene que las enfermedades se juntan en tres grandes grupos que son: las no transmisibles –crónicas-, las lesiones -accidentes de tránsito y homicidios- y las transmisibles y en esa está incluida la parte neonatal, más todo lo que se puede prevenir por vacunación. En el año 1990, se tenía que las enfermedades no transmisibles estaban en un 66,7%, en este momento representan el 80% de las causas de discapacidad. Las lesiones se han mantenido en 11,5% y en este momento, están en 10,5%. Las transmisibles pasaron de un 21,9% en el año 1990 a un 9,4%. En relación con las causas de pérdida de años de vida ajustados por discapacidad ordenados según causa, se tiene que entre las 30 principales causas por pérdida de años de vida saludable, en el año 1990 las causas principales por las que se perdían años de vida saludable eran: anomalías congénitas, enfermedad isquémica del corazón, lumbalgia, infecciones respiratorias bajas y desorden depresivo mayor.

Consulta el Director Loría Chaves si la expectativa de vida, se mide por el promedio de vida de las personas.

Aclara la Dra. Sáenz Madrigal que se revisa lo que se denomina una tabla de vida y se retoman todas las causas de muerte, sobre todo lo que mide la esperanza de vida, son las probabilidades de muerte que se tienen en diferentes momentos de la vida. Al final la esperanza de vida llega en este momento a 78 años para los hombres y 81 para las mujeres, con base en ese análisis.

Pregunta el Sr. Loría Chaves si no es un promedio de lo que la población costarricense vive.

Responde la Dra. Sáenz Madrigal que no, porque es una sumatoria de las probabilidades de vida a lo largo de la vida.

Insiste don José Luis Loría que sino produce impacto disminuir la tasa de natalidad.

Al respecto, indica la Dra. Sáenz Madrigal que bajar la tasa de natalidad contribuye a la Esperanza de Vida, porque hay menos niños que fallecen siendo niños, nacen menos niños pero fallecen menos.

Adiciona la Dra. Castillo que depende del efecto que vaya a tener, dependiendo de las condiciones de vida que tenga la población. Si es una población de muchos niños, pero tiene buenas condiciones de vida no le afecta tanto. Lo que sí va a contribuir a que haya menos porcentaje de niños en la población, cuando baja la natalidad y, por lo tanto, los demás factores se redistribuyen y se empieza a tener más peso en los otros grupos.

Continúa la exposición la Dra. Castillo Rivas y anota que en el año 2015, empiezan a aparecer las enfermedades no transmisibles, como enfermedades isquémicas del corazón, las lumbalgias, el desorden depresivo mayor, pérdidas auditivas, diabetes y dolor cervical y siempre lo correspondiente a la anemia. También hay migraña, desórdenes de ansiedad y otros desórdenes músculo-esqueléticos. Se conoce que la segunda y tercera causa de incapacidades es por las lumbalgias. En cuanto a la distribución de causas de muerte según grupos de edad, se observa que están distribuidas a lo largo de cada grupo de edad y cada uno de los diferentes grupos de causas de las enfermedades. Por otro lado, se tiene la distribución de los años de discapacidad, según las causas de discapacidad por grupos de edad y son las anomalías congénitas.

Aclara la Dra. Sáenz Madrigal que las anomalías congénitas, son los niños que nacen con malformaciones congénitas y no fallecen, pero quedan discapacitados y están incluidos los desórdenes mentales.

Continúa la Dra. Jackeline Castillo y señala que en anomalías congénitas, están incluidas las enfermedades por desórdenes mentales y ese aspecto, es muy importante. Esa es la parte de discapacidad, porque no se produce una muerte prematura, pero la persona tiene una pérdida de funcionalidad a lo largo de toda la vida. Se pueden observar algunos elementos relacionados con la diabetes y con otras enfermedades no trasmisibles. En esas enfermedades no trasmisibles, están incluidas todas juntas, por ejemplo, los accidentes de tránsito, se observa la parte de discapacidades, sobre todo las caídas. No se observa alguna discapacidad que dejen los accidentes de tránsito, pero están junto a las causas de muerte, más todo lo que es discapacidad y se puede observar el efecto o se secuelas que tiene las muertes y las enfermedades cardiovasculares. En relación con la distribución de años ajustados por discapacidad según riesgo, el gráfico a partir del año 1990, compara la información con el año 2015. Cada uno de esos grupos son las enfermedades que están relacionadas. En ese sentido, creció la barra del comportamiento metabólico, es un aspecto muy importante, porque es donde se empieza a observar el colesterol, el alto índice de masa corporal, el alto consumo de azúcar, las carnes procesadas, el consumo de sodio, los triglicéridos, disminuye la parte ambiental y la parte de comportamiento. En la otra plantilla, se observó que las primeras causas de muerte, están relacionadas con la parte de enfermedades cardiovasculares; pero también con las dorsalgias y con otros trastornos músculo-esqueléticos. La hipertensión arterial está relacionada con la diabetes y con enfermedad cardiovasculares. En esos términos, los riesgos dietéticos están relacionados con las enfermedades cardiovasculares y con la diabetes. Se puede observar cómo cada uno de los factores está afectando, en este momento, el que tiene mayor porcentaje es la presión arterial alta, que está muy relacionado con el índice de masa corporal y con el colesterol elevado. Por ejemplo, el tabaco está relacionado con enfermedades cardiovasculares, la mal nutrición con todo lo que es la anemia y la falta de hierro, los riesgos ocupacionales con las lesiones, entre otros aspecto. En cuanto a las cargas de la enfermedad y cómo diferentes factores afectan el valor. En Costa Rica se empezó con un nivel de esperanza de vida elevado y el mundo ha elevado, su esperanza de vida más años saludables. Sin embargo, se tiene un reto más importante, porque está relacionado no solo con factores que atiende la Institución, sino también con factores externos a la Institución.

Pregunta el Director Devandas Brenes si esa información se puede tener por región.

Señala la Licda. Castillo Rivas que es posible tener la información solo con los años de vida perdidos, prematuramente, por región y por cantón y no tanto la parte de discapacidad.

Abona la Dra. Sáenz Madrigal que esa es la dirección que se quiere seguir, pero es un esfuerzo adicional que requiere. Le parece que la información se debería tener a nivel sub-nacional, de manera que se focalicen mejor las intervenciones, porque el tema está propuesto para llevarlo a cabo, pero es muy grande.

La Dra. Castillo Rivas indica que se puede hacer, es con los años prematuramente perdidos, porque la base de datos está bastante completa y de alta calidad.

Resume la señora Presidenta Ejecutiva que es importante mencionar algunos puntos. Este estudio de carga de la enfermedad orientó el PND, por ese aspecto en el estudio se plantearon los equipos de salud mental, la detección temprana cáncer de estómago, de cáncer de colon, el tema del control de la diabetes y el control de la hipertensión arterial. Este estudio orientó la toma de decisiones de orden político, basada en evidencias. Esta medición está indicando que esas intervenciones que se plantearon están dando frutos, porque se está avanzando en la reducción, pero se debe seguir monitoreando, porque no se puede quedar donde está. Hace hincapié en que cuando se empezó a trabajar el tema de la carga de la enfermedad, Costa Rica era solo un país que estaba interesado, pero en este momento, la Dra. Castillo Rivas es parte de los 1.500 investigadores a nivel mundial y, por ejemplo, cuando se produce un cambio de dato en Turquía o en otro lugar, se les pregunta cómo lo comprenden, qué les refleja y contrastan con el país. Cree que es un aprendizaje que va a quedar para la Institución.

El Lic. López Vargas señala que este tema de carga de la enfermedad, es relativamente nuevo en la Dirección Actuarial y es la Dra. Castillo la que lo ha estado liderando. Definitivamente, es un insumo fundamental para el todo el tema de pensiones, porque hay un efecto de que los esfuerzos en uno de los Seguros, para efecto de generar mayor esperanza de vida y de años de vida saludable, más alcanza esa esperanza de vida para ir cerrando esa brecha, porque de una u otra forma empieza a producir impacto en los Seguros de Pensiones, el tiempo que se gane es multiplicado por la cantidad de pensionados y por los futuros pensionados y ese aspecto implica un costo potencial que va en ascenso. Es importante tener presente que ambas variables, esas paralelas que planteaba la Dra. Castillo son tendencias que están totalmente interrelacionadas, lo que se hace en una incide en la otra, por ese aspecto, generalmente, no tienden a acercarse sino que van en forma paralela. Este tema de carga de enfermedad produce un impacto crucial en los costos del Seguro de Salud también, por ese aspecto es que, inclusive, va a ser parte de la evaluación actuarial del Seguro de Salud por primera vez y, comenzar a establecer esos vínculos que dan como un abordaje más integral del tema de sostenibilidad y de todo el tema del Seguro de Salud.

El licenciado López Vargas y la licenciada Castillo Rivas se retiran del salón de sesiones.

Ingresa al salón de sesiones la Gerente Médico, doctora María Eugenia Villalta Bonilla; la Gerente de Infraestructura y Tecnologías, arquitecta Gabriela Murillo Jenkins; la doctora Virya Castro, Subdirectora del Hospital San Juan de Dios; el ingeniero Jorge Granados Soto, Director de Ingeniería y Arquitectura; la ingeniera Marielos Gutiérrez Brenes, Directora de la Dirección de Proyección de Servicios de Salud.

## ARTICULO 30°

Se tiene a la vista el oficio N° GM-SJD-20670-2016/GIT-4687-2016, de fecha 21 de octubre de 2016, suscrito por la Gerente Médico y por la Gerente de Infraestructura y Tecnologías, que contiene la propuesta para aprobar propuesta de redimensionamiento de la Torre Quirúrgica del Hospital San Juan de Dios.

La exposición está a cargo de la arquitecta Murillo Jenkins, con base en las siguientes láminas:

1)



2)



3)



4)

**NECESIDADES IDENTIFICADAS QUE REQUIEREN ATENCIÓN PRIORITARIA:**

- ✓ Hacinamiento y problemas funcionales del actual servicio de Urgencias HSJD.
- ✓ Necesidad identificada de ampliar la red de aceleradores lineales de la CCSS.
- ✓ Servicio de oncología con alta demanda y necesidad de crecimiento.
- ✓ Necesidad de fortalecer los servicios de cirugía y gineco-obstetricia.



5)

**SERVICIO DE EMERGENCIAS**



- Se atienden 115.000 pacientes anuales.
- 70% de los ingresos provienen de emergencias quirúrgicas
- Amanecen diariamente 35 pacientes quirúrgicos en emergencias por falta de cama hospitalaria

6)



**SERVICIO DE EMERGENCIAS**

7)

**SERVICIO DE EMERGENCIAS**



8)

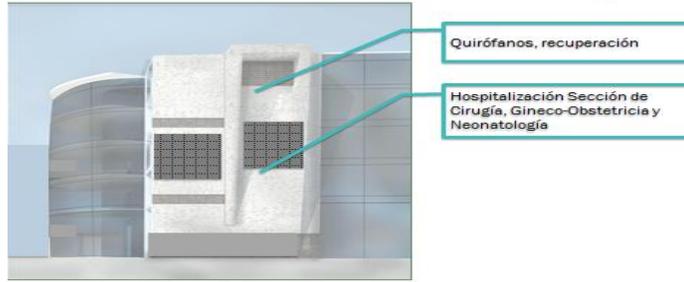
**PREMISAS DE LA PROPUESTA:**

<p>Impulsar con los ingresos de los cobros de los servicios.</p>	<p>Contribuir a la seguridad de los pacientes, personal y activos.</p>	<p>Hospital debe mantenerse operativo.</p>
<p>Búsqueda de ordenamiento funcional y zonificación.</p>	<p>Optimización flujos de pacientes, personal, suministros.</p>	<p>Respetar la programación patrimonial.</p>

9)



**ETAPA 2: Torre Qx**



15)

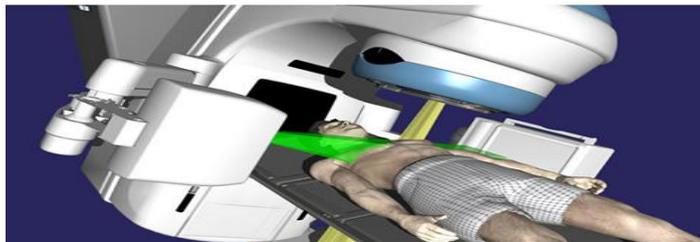


16)



17)

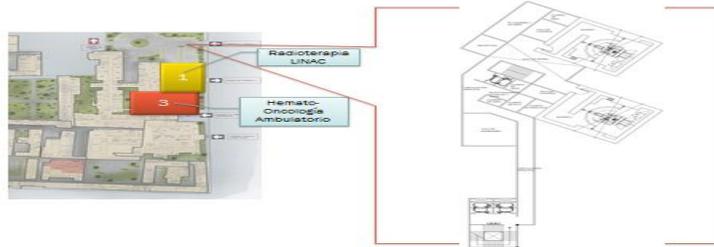
**HEMATO-ONCOLOGÍA Y  
RADIOTERAPIA**



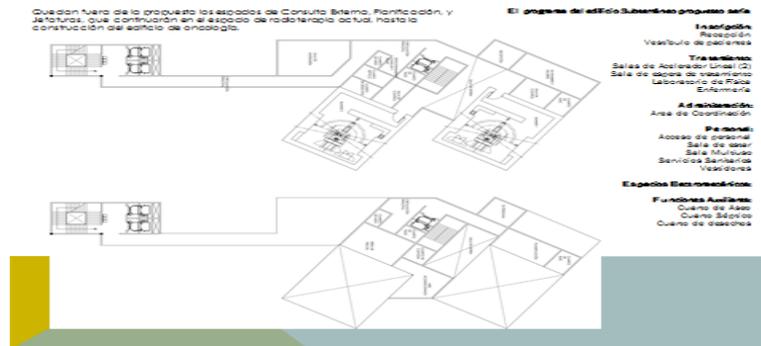
18)



19)



20)

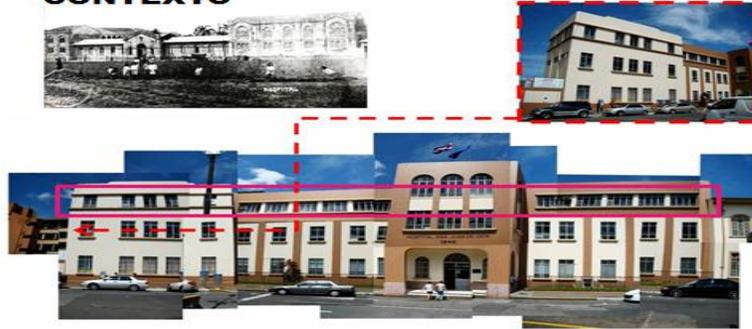


21)

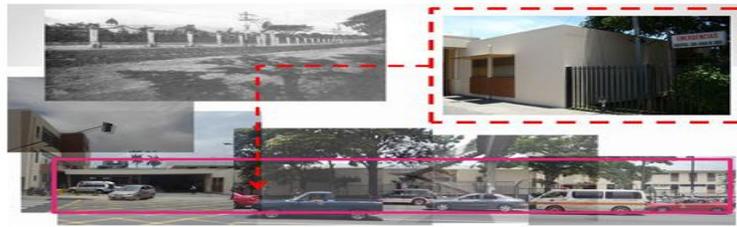


22)

**CONTEXTO**

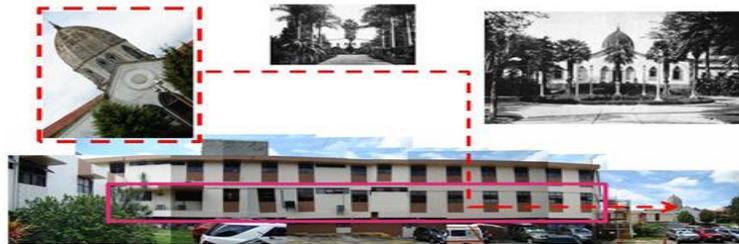


23)



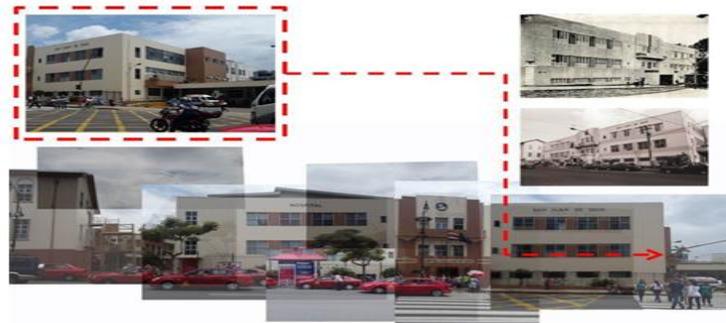
**ACTUAL SERVICIO DE URGENCIAS**

24)

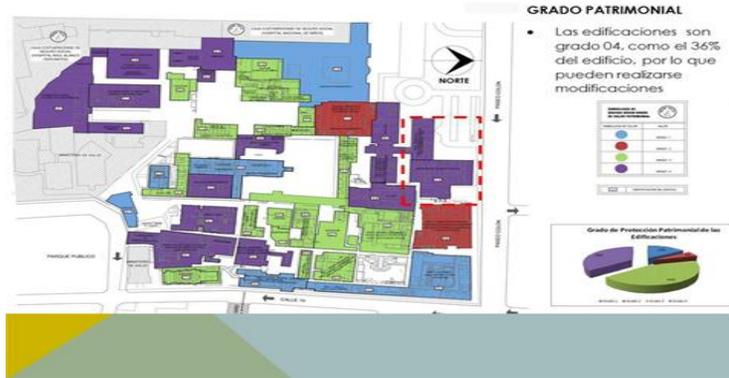


**ANTIGUO CHAPUÍ**

25)



26)



27)



28)

**ESTIMACIÓN DE COSTOS**

Etapa	Nombre	Monto aproximado
1	Radioterapia HSJD	\$10,000,000
2	Servicio de urgencias	\$45,000,000
3	Hematooncología	\$10,000,000
4	Bloque Quirúrgico	\$55,000,000

Los costos pueden variar en función del alcance final de los proyectos.

29)



## 30) Propuesta de acuerdo:

De acuerdo con lo expuesto, para consideración de la Junta Directiva presentamos la siguiente propuesta de acuerdo:

Con base en el criterio de las áreas técnicas competentes (Dirección Proyección de Servicios de Salud y Dirección de Arquitectura e Ingeniería) , así como de las Autoridades del Hospital San Juan de Dios, y la recomendación de las Gerencias Médica y de Infraestructura y Tecnologías, a la vista en oficio GM-SJD-20670-16 GIT-4687-2016 , la Junta Directiva ACUERDA:

1. Dar por recibido el informe sobre redimensionamiento del proyecto de Torre Quirúrgica para el Hospital San Juan de Dios.
2. Aprobar la propuesta de Desarrollo del Recurso Físico del Hospital San Juan de Dios, según las etapas correspondientes al Servicio de Radioterapia, Servicio de Urgencias, en los términos contenidos en el oficio GM-SJD-20670-16/GIT-4687-2016 y anexos, mismo que forma parte del expediente original de esta acta. Así como se instruye a la Gerencia Médica y Gerencia de Infraestructura y Tecnologías para que continúen con el análisis que corresponda para la propuesta del Servicio de Hemato-Oncología y Torre Quirúrgica.

## 31)

3. Instruir a la Administración para que realice los ajustes e incorporación en el Portafolio de Proyectos de Inversión en Infraestructura y Tecnologías 2017/2021, de los proyectos que conforman la propuesta de Desarrollo del Recursos Físico del Hospital San Juan de Dios, a saber Servicio de Radioterapia, Servicio de Urgencias, Servicio de Hemato-Oncología y la Torre Quirúrgica, según las respectivas etapas de madurez.
4. Instruir a las Gerencias Médica y de Infraestructura y Tecnologías para que continúen con las acciones que correspondan, según área de competencia, para el desarrollo de los proyectos presentados para el Hospital San Juan de Dios en sus diferentes etapas.

Señala la Dra. María Eugenia Villalta que la Gerencia de Infraestructura y la Gerencia Médica, presentarán la propuesta de redimensionamiento de la Torre Quirúrgica del Hospital San Juan de Dios.

Recuerda la Gerente de Infraestructura y Tecnología, que el Hospital San Juan de Dios fue fundado en el año 1845 y atendió a los heridos de la guerra del año 1856, en uno de sus papeles más preponderantes, era un hospital de calidad. El nombre “San Juan de Dios” aduce a un tema de protección al enfermo. Cuando se produjo el traspaso de los hospitales a la Caja, ese Hospital pasa a formar parte de la Caja. El Hospital San Juan de Dios es un conjunto hospitalario donde un 28% de los edificios, fueron construidos antes del año 1920. Un 23% en el año 1930, un 20% en el año 1940 y un 29% se construyó desde los años 1950 al día de hoy. Son edificios de diferentes edades y distintas condiciones. Todo el conjunto hospitalario fue cubierto por un Decreto mediante el cual lo declara Patrimonio Histórico-Arquitectónico, lo cual no ha permitido que se renovara arquitectónicamente, es decir, le impuso una llave a toda la infraestructura. Durante años, cualquier intervención era prohibida. Ante esa situación, se planteó y se realizó una jerarquización con Patrimonio, por lo que cada edificio fue evaluado por su valor histórico-

arquitectónico. Hay edificios de alto, mediano y bajo valor, por lo que dependiendo del valor, podría existir la posibilidad de intervenir el edificio.

Pregunta el Director Devandas Brenes si la declaratoria de patrimonio, es por decreto o por ley.

Responde la Arq. Murillo que hay una Ley de Patrimonio pero, específicamente, la cobertura de un edificio bajo esa protección, se hace por un Decreto en función de la Ley. Cada cobertura de patrimonio arquitectónico, se hace bajo un Decreto y conlleva a establecer un protocolo. Continúa la presentación y anota que entre las necesidades identificadas, en las que se requiere atención prioritaria están:

- Hacinamiento y problemas funcionales del actual servicio de Urgencias en el Hospital San Juan de Dios.
- Necesidad identificada de ampliar la red de aceleradores lineales de la CCSS. Actualmente, el Hospital México cuenta con cuatro acelerados, no hay otro hospital y el plan es que el Hospital San Juan de Dios y el Hospital Calderón Guardia tengan dos acelerados cada uno. Por lo que se tendríamos ocho aceleradores lineales en la Red y hay un plan que tiene el Proyecto de Fortalecimiento que de acuerdo con la demanda, cuando tiene que irse activando cada acelerador.
- Servicio de oncología con alta demanda y necesidad de crecimiento. Se trata de los Servicios Ambulatorios, incluido el Servicio de Quimioterapia.
- Necesidad de fortalecer los servicios de Cirugía y Gineco-obstetricia.

En cuanto al Servicio de Emergencias se atienden alrededor de 115.000 pacientes anuales, de los cuales entre el 85% y 90% son verdaderas emergencias calificadas. El 70% de los ingresos de los pacientes que pasan a encamados, provienen de Emergencias Quirúrgicas, porque hay mucha emergencia de esa naturaleza que ingresa a ese Hospital. Un punto importante es que los pacientes ingresan al Servicio de Emergencias y con una emergencia quirúrgica, por lo que tienen que ser internados. No obstante, sucede que como no hay camas, el paciente debe permanecer en el Servicio de Emergencias y amanece en ese Servicio, en espera de una cama. Recuerda que en el Servicio de Emergencias el paciente debe permanecer como máximo 24 horas. Por lo que las premisas de la propuesta son:

1. Se necesita producir impacto en la calidad de los servicios de salud.
2. Garantizar que esa infraestructura y esa solución brinde seguridad a los pacientes, personal y a los activos.
3. Que la propuesta mantenga el hospital operando, es decir, no se puede presentar una propuesta, en la que se cierre o medio cierre el Hospital, porque se colapsaría la Red de Servicios de Salud de la Central Sur.
4. Hay una búsqueda de ordenamiento funcional y zonificación. El hospital tiene alrededor de 16 kilómetros de pasillo y la idea es que la propuesta no genere el problema más grande, sino que contribuya con la solución.
5. También a mejorar los flujos de pacientes, personal y suministros. El Hospital tiene un estudio de flujos.
6. Respeto de la jerarquización patrimonial, la cual en su momento la realizó el Ministerio de Cultura.

Como antecedentes importantes de la fase de planificación, se tiene que en el año 2010 es donde se estudia y se realiza el primer análisis de una propuesta para la Torre del Hospital San Juan de Dios. En el año 2011, el área de Estadística realizó las estimaciones de camas, de quirófanos y de la atención de emergencias. En ese mismo año se realizó una zonificación del Hospital San Juan de Dios y hay un planteamiento que después de varias revisiones, las cuales finalizaron en el año 2016, se logra definir el alcance de esa torre y el que se había planteado originalmente era:

- 281 Camas de Hospitalización de Cirugía.
- 88 Camas de Hospitalización de Ginecología.
- 44 Cunas de Neonatos.
- 3 Quirófanos de GO.
- 6 Camas de recuperación.
- 28 Camas de la Unidad de Cuidados Intensivos.
- 9 Quirófanos de Cirugía .
- 18 Camas de recuperación.
- Servicio de emergencias.
- Servicios de apoyo.
- Patología.
- Centro de Equipos.
- Rayos X.
- Farmacia.
- Laboratorio.

Por otra parte, el Hospital San Juan de Dios planteó una necesidad significativa del Servicio de Urgencias. Después de todo el análisis, lo que a continuación se presentará es un desarrollo por etapas, ese fue el consenso que se tuvo con el Hospital.Cuál es la propuesta: el primer paso de la propuesta es construir en la zona de parqueo, donde se ubicaría el Servicio de Radioterapia con el Acelerador Lineal. El segundo paso sería de la Torre, se va a seleccionar el Servicio de Emergencias y los servicios que requiere, para operar y a ese proceso se le ha denominado Etapa N° 1 de la Torre. En ese sentido, la Torre se va a construir en dos etapas, una sería el Servicio de Emergencias con sus componentes. En el área que se desaloja, se construiría el Edificio Hemato-Oncología, para completar un circuito de Servicio Ambulatorio y Radioterapia cerca de los pacientes. La ganancia que tiene el Servicio de Urgencias es que debido a que el hospital queda ubicado en Paseo Colón, tiene el inconveniente que por el frente pasan, por ejemplo, el Festival de la Luz, los Topes y las manifestaciones, entre otros. Por lo que cada vez que se cierran estas vías, le causa estragos al Servicio de Emergencias, por lo que ubicarlo por la parte de atrás, permite tener un acceso y mejorar la funcionalidad de ese Servicio. La cuarta etapa sería el resto de la Torre. El proyecto sería cuatro secuencias. Entonces, en la primera etapa de Emergencias, el edificio tendría su farmacia de apoyo, es una farmacia satélite y un laboratorio clínico para darle una autonomía al Servicio de Emergencias y una resolutivez muy grande. También se contaría con un Servicio de Rayos X, pero no el de todo el Hospital, sería el del Servicio de Emergencias que cuenta con un TAC, Ultrasonido de Imágenes y tendría una parte de hospitalización quirúrgica. Al tener tanto paciente que requiere intervención quirúrgica, el cual ingresa al Hospital por el Servicio de Emergencias y al no poder internar ese paciente encamado, es donde se produce la saturación. Se le estaría dotando de un área de

hospitalización quirúrgica, para que pueda tener esa resolutiveidad. La segunda parte del edificio, sería el resto de la torre: quirófanos y hospitalización según se expuso hace un momento.

Pregunta el Director Fallas Camacho cómo se comunicaría el Servicio de Emergencias con el Hospital.

Aclara la Arq. Murillo que a través de un puente, el cual puede ser sencillo o doble, con una comunicación por arriba o por abajo. Un ejemplo, de esta comunicación es la Clínica Bíblica, la cual tiene una comunicación subterránea del edificio, por debajo de la calle, con el parqueo. Por lo que hay que sacar un permiso y la Gerencia de Infraestructura, ha adelantado esa autorización con la Municipalidad de San José. Se debe definir el diseño final, si son una o dos comunicaciones las que se van a tener. La primera parte sería cómo se abordaría el Servicio de Emergencias, el de Hemato-Oncología y el de Radioterapia, porque es el siguiente segmento. En la zona 1) se ubicarían los aceleradores lineales en forma subterránea, porque hay un componente patrimonial que es el antiguo Chapuí y el Patrimonio está de acuerdo. La otra es que los blindajes, es decir, las paredes que son usualmente de 2,50 mts a 3 mts., se reducen el espacio al tener que pegar contra la tierra. Esta es la conceptualización del proyecto. Ya hay un anteproyecto, se está analizando el tema de blindaje y con Patrimonio ya se obtuvo un visto bueno.

Pregunta el Director Loría Chaves si ya está definido lo planteado por la Arq. Murillo, sobre un puente sobre o un puente abajo.

Responde la Arq. Murillo que cuando hace referencia de que no está definido, es porque hay que darle una comunicación, dado que se ha visualizado que sea por arriba. Pero se debe plantear el diseño final de la Torre, el diseño arquitectónico final todavía no está listo. Puede ser, como sucedió en el Hospital Calderón Guardia, que para pasar por la Torre Este, hubo que hacer una vía subterránea.

Consulta el Director Alvarado Rivera si la vía subterránea o la aérea, se integra al otro edificio y si habría una estructura nueva o sobre el edificio patrimonio.

Indica la Arq. Murillo que la idea es un planteamiento para construir un túnel y conectarlo con ascensores. Esa zona actualmente es de hospitalización y no es patrimonio. Continúa y anota que a los aceleradores lineales, se les adicionaría dos núcleos de circulación vertical, a los que se les denomina ascensores en dos zonas, para que se comuniquen con el Edificio de Onco-Hemato-Oncología. En cuanto al contexto histórico, sea analizó con Patrimonio las fachadas, las visuales, al antiguo Chapuí porque son las que no quiere Patrimonio que se interrumpa.

Consulta el Director Gutiérrez Jiménez qué sucederá con el parqueo de carros.

Considera la Arq. Murillo que habría que reubicarlo. Continúa y apunta que la cúpula está entre los planes y se les debe realizar un reforzamiento estructural, el cual está considerado en esta propuesta. Presenta la jerarquización patrimonial que se había hecho, cuáles edificios tienen un mayor valor histórico. En cuanto a los tiempos serían del año 2017 al año 2022. El primer proyecto consiste en construir el Servicio de Radioterapia con acelerador lineal y ese anteproyecto está prácticamente listo, se tendría que realizar la contratación y la ejecución. El

Proyecto de Emergencias se abordaría de inmediato, pero es un proyecto más completo, por lo que se va a requerir invertir más tiempo para su diseño, contratación y su ejecución de la obra. Se espera que esté finalizado al terminar el año 2019 y entraría a operación en el año 2020. El tercer componente sería el de Oncología Servicios Ambulatorios y el último proyecto, el resto de la Torre Quirúrgica Etapa 2. Un punto importante es que esos dos proyectos, requieren iniciar con una fase de planificación, porque están planteados pero hay que hacer el contenido específico del proyecto y se iniciaría también la fase de planificación de los dos.

Pregunta el señor Loría Chaves si cuando se habla de Oncología y Servicios Ambulatorios, se refieren a los aceleradores lineales donde hay emergencias y era Hemato-Oncología.

Aclara la Arq. Murillo que en el Servicio de Emergencias no se va a determinar que los aceleradores están ubicados por ese lugar, porque se construyen a la par y no interrumpe ese Servicio, dado que se ubicarían en el sótano. Hace hincapié en que el proyecto de la construcción del Servicio de Emergencias se abordaría de inmediato, al igual el Servicio de Radioterapia, porque los proyectos se van desarrollando en paralelo, solo que el Servicio de Radioterapia se termina de primero. Luego, se continuaría con la fase de planificación de Oncología y Servicios Ambulatorios, la cual se terminaría en el año 2021 y la torre Quirúrgica Etapa N° 2 se concluiría, también en el año 2022.

El Director Loría Chaves solicita se aclare de qué tipo de planificación se está hablando. Si se refiere al diseño del edificio o al plan funcional.

Aclara la Dra. Villalta que en el Servicio de Oncología de Servicios Ambulatorios, si bien el Hospital San Juan de Dios tiene un avance en el proyecto en términos de cuáles son los servicios, todavía falta establecer el estudio demanda-oferta y determinar si en la parte de quimioterapia, hay que aumentar las camas. La de Oncología de los servicios ambulatorios es la que está más retrasada, porque el diseño de la Torre Quirúrgica va adelantado.

Adiciona la Arq. Murillo que debido a que en el proyecto se está incluyendo quimioterapia, se debe realizar un análisis de demanda, por ejemplo, para determinar cuántas sillas se van a requerir, si hay que ampliar la cantidad y en qué cantidad cuántas.

Consulta la Directora Alfaro Murillo por qué se invertirá tanto tiempo para esa etapa de planificación de la Torre Quirúrgica, si de por sí ya tiene un avance y si se requieren esos dos años y dos meses para terminar el diseño del proyecto.

Señala la Arq. Murillo que aquí hay un tema de capacidad de ejecución. El personal que está realizando un diseño, no puede empezar a realizar diseños en paralelo en todos los proyectos, porque avanza en secuencia. Por otro lado, la parte de planificación necesita validación, se deben realizar los estudios de demanda-oferta, entre otros.

Interviene la Dra. Sáenz Madrigal y manifiesta que no se está entendiendo el asunto y retoma la preocupación del Sr. Loría Chaves, en términos de que la Torre Quirúrgica ya tenía adelantada una parte, cuando se observa que la fase de planificación de los Servicios de Oncología y los Ambulatorios, se concluye en el año 2017 y la Torre Quirúrgica está más atrasada que la de Oncología, surge la preocupación. No obstante, la complejidad no es tan profunda como la

Torre Quirúrgica, repite, la preocupación que capta de los Directores es cómo si para la Torre Quirúrgica ya había un avance, se va a tardar dos años y dos meses en la fase de planificación y le parece que es el aspecto que se debe revisar.

Señala el Director Gutiérrez Jiménez que desea plantear dos preguntas en concreto y hacer dos solicitudes. Primero, le parece que se deberían revisar los tiempos, para tratar de determinar cómo se hace para que ese tiempo se acorte y si hubiera otros proyectos, esta Junta Directiva debería definir, porqué este proyecto tiene prioridad. En ese sentido, lo equipos de trabajo sean trasladados de otros proyectos y se ubiquen en éste o se contrate personal. Se está hablando de uno de los hospitales nacionales que tiene más funcionamiento. Sugiere que esta Junta Directiva defina que este proyecto tiene prioridad, por lo que se indique cuáles son los recursos que se necesitan y se autoricen los recursos cuando vienen planteados a esta Junta Directiva y se determine cómo financiarlos. No puedo entender cómo se va a tardar seis años en un hospital nacional, que además está saturado, realiza operaciones diariamente y, también, afectaría su gestión un tiempo tan prolongado de construcción. En la parte Oncológica, le pareció un problema muy serio, la emergencia que existe en ese Hospital, porque los servicios oncológicos son una emergencia, por lo que estima que se debe hacer otro esfuerzo significativo. Segundo, quiere entender si todos los proyectos están financiados, porque entendería que parte del financiamiento de la parte oncológica debería provenir de la Ley Especial. Cree que hay muchos recursos y poca ejecución y las necesidades de los pacientes con cáncer, son de todos los días y a todas horas, por lo que cree que es absurdo que se tengan recursos y no se ejecuten. Quiere que quede constando en actas la respuesta de que estos proyectos están financiados, para que el presupuesto no sea un obstáculo. Su solicitud en concreto es que si hay un proyecto que no esté financiado, se indique para que se le asignen los recursos y los tiempos se conviertan, dramáticamente, en más cortos. Además, determinar si materialmente es posible lograr contrataciones más rápidas, solicitándose a la Contraloría General de la República. Repite, que se contrate personal que diseñe más rápido y a las compañías, en el momento de publicar las licitaciones, se les establezcan plazos. Manifiestas su preocupación cuando observa que al Servicio de Emergencias se le va a dar una hasta en el año 2020 y no está dispuesto a aceptar esa situación.

Recuerda la Arq. Murillo que para poder construir el Servicio de Oncología, se tiene que terminar de construir el Servicio de Emergencias, porque se tiene que eliminar en su totalidad la infraestructura en la que, en este momento, está ubicado el Servicio de Emergencias. Por lo que la ejecución del Servicio de Oncología no se puede empezar hasta que se termine la construcción del Servicio Emergencias.

Pregunta el licenciado Gutiérrez Jiménez si una vez que se termine la construcción del Servicio de Urgencias, cuánto se tardará en la construcción del Servicio de Oncología.

Responde la Gerente de Infraestructura y Tecnologías que mientras se esté realizando la ejecución de la Torre de Urgencias, se va a estar en la contratación de la construcción del Servicio de Oncología. El costo de ese Servicio es de alrededor de cuarenta y cinco millones de dólares, dado que no es un proyecto pequeño.

Apunta el Director Alvarado Rivera que está entendiendo el proceso de planeación y observa que el proceso inicia en el año 2017, por lo que su pregunta es en términos de que si se tuviera contratado más personal, se podrían reducir los plazos de acción.

Sobre el particular, indica la Arq. Murillo que es una de las líneas se va a revisar y es posible reducirla, pero que las otras tres líneas está difícil, porque el proceso para realizar la contratación, recibir las ofertas, hacer la adjudicación, hacer la contratación, solicitarle el refrendo a la Contraloría General de la República tarda alrededor de un año y es un tiempo bastante ajustado.

Sugiere don Adolfo Gutiérrez que se converse con la el Ente Contralor y se les explique la urgencia.

Indica la señora Presidenta Ejecutiva que lo más importante es ir paso a paso. Las Gerencias, la Dirección del Hospital y el personal de ese Hospital, han hecho un esfuerzo para entregar un planteamiento, el cual viene a darle respuesta a la problemática de ese Centro de Salud. En esa propuesta hay unas porciones que están más adelantadas y otras que están más atrasadas. En esa lógica, el tema del Servicio de Radioterapia, es un tema muy importante, ese proyecto se va a ejecutar primero porque, además, de que es muy importante, no afecta la operación del hospital. Por otra parte, la Torre de Urgencias, es la siguiente es la urgencia del Hospital, es decir, el Servicio de Urgencias es la parte prioritaria del Hospital. Repite, el Hospital se ha hecho un gran avance en el tema de la Torre Quirúrgica y se puede instruir a la administración que revise esos tiempos, para que realice todos los esfuerzos que sean pertinentes, de manera que esta propuesta como conjunto, es un paquete muy importante para el Hospital, pero se debe ir realizando poco a poco, porque el Hospital San Juan de Dios está operando.

Insiste el Director Gutiérrez Jiménez que, por ejemplo, en el diseño del segundo período, se requiere un año para realizar el diseño y entiende porque, posiblemente, no se tiene únicamente este proyecto. Plantea que se podría enfocar en ese punto en particular e, incluir, a una persona para los diseños.

Manifiesta el señor Loría Chaves que él no solo está preocupado por esta urgencia, también por la urgencia del Hospital de Puntarenas, el de Turrialba y otros. El tema es que cuando se cuenta con recursos para llevar a cabo los proyectos y se tarda en realizarlos, ese aspecto también tiene un costo y todos pierden. Llama la atención, sin ánimo de establecer plazos, que el asunto de la Torre de Urgencias, junto con la Torre Quirúrgica se revise, porque le parece que se está en un mismo terreno, eventualmente, y habiendo avanzado ya la planificación y el plan funcional bastante de la Torre Quirúrgica, por lo que se deberían acortar tiempos, dado en este momento se tiene una situación seria en varios hospitales. Le preocupa, por ejemplo, cuando un paciente tiene que estar en el piso, en lugar de una cama y cuando una persona permanece más de dos días en el Servicio de Emergencias, alguna situación no está funcionando bien.

Respecto de una inquietud, aclara la Arq. Murillo que el diseño incluye los permisos, por lo que se analizaría la posibilidad de que se acorte el plazo. En el Servicio de Radioterapia se está con la redacción de un permiso para la Contraloría General de la República. En ese sentido, se evaluarán las opciones. En cuanto a la estimación de los costos, refiere que el Servicio de Radioterapia tiene un costo de diez millones de dólares y está financiado con la Ley del Cáncer y del Tabaco, se estaría haciendo una combinación de recursos. El Servicio de Urgencias se ha

estimado en un costo de cuarenta y cinco millones de dólares, además, incluye áreas de: encamados, laboratorio, farmacia y Rayos X, es un proyecto en tamaño muy parecido a la construcción de los Quirófanos del Hospital México. Recuerda que la Torre que era Urgencias y Cirugía, estaba incluida en el Portafolio de Proyectos en una fase de Planificación, en este nuevo portafolio, ya se había incorporado. Lo que hay que hacer es ajustar el tiempo en el portafolio, porque el proyecto estaba constituido en una sola torre y en este momento está separada en dos. En cuanto a Hemato-Oncología también se estaría financiando con la Ley Antitabaco, porque incluye Quimioterapia. Los cuatro proyectos están cubiertos en el portafolio de inversiones y lo que queda es desglosarlos, porque en el portafolio actual, lo que está es el Centro Conjunto, la Torre y Hematooncología no está como tal. El plan completo y repasándolo sería la compra de los aceleradores lineales, la Torre que está contemplada en dos etapas y, finalmente, la segunda etapa de la Torre. En relación con la propuesta de acuerdo señala: “De acuerdo con lo expuesto, para consideración de la Junta Directiva se presenta la siguiente propuesta de acuerdo: Con base en el criterio de las áreas técnicas competentes -Dirección Proyección de Servicios de Salud y Dirección de Arquitectura e Ingeniería-, así como de las autoridades del Hospital San Juan de Dios y la recomendación de las Gerencias Médica y de Infraestructura y Tecnologías, a la vista en los oficios Nos. GM-SJD-20670-16 y GIT-4687-2016, la Junta Directiva ACUERDA:

1. Dar por recibido el informe sobre redimensionamiento del proyecto de Torre Quirúrgica para el Hospital San Juan de Dios.
2. Aprobar la propuesta de Desarrollo del Recurso Físico del Hospital San Juan de Dios, según las etapas correspondientes al Servicio de Radioterapia, Servicio de Urgencias en los términos contenidos en el oficio GM-SJD-20670-16/GIT-4687-2016 y anexos, mismo que forma parte del expediente original de esta acta. Así como se instruye a la Gerencia Médica y Gerencia de Infraestructura y Tecnologías, para que continúen con el análisis que corresponda para la propuesta del Servicio de Hemato-Oncología y Torre Quirúrgica.

Sobre el particular, indica el licenciado Gutiérrez Jiménez que no está de acuerdo con el segundo punto, en el que se indica: “Aprobar la Propuesta de Desarrollo del Recurso Físico del Hospital San Juan de Dios, según las etapas ...”. Manifiesta que ahí se está indicando un aspecto que no es, porque no es con las etapas que se están, dado que se está indicando que se van a revisar.

Aclara la Dra. Sáenz Madrigal que se analizaron los tiempos, pero no el tema de las etapas. Además, retoma la preocupación de don Adolfo y considera que se debería de precisar que en las etapas no se hacen en relación con el tiempo, sino que con los proyectos.

Adiciona el licenciado Gutiérrez Jiménez que es debido a que hace referencia a los contenidos y en ellos están indicados los plazos, es decir, no se están discutiendo las etapas. Plantea que ese aspecto se debería ajustar, como consideren los Directores oportuno, reflejando el espíritu de la discusión. Manifiesta que las etapas ya están aprobadas y, en este momento, se haría un gran esfuerzo para disminuir los tiempos. El equipo expositor presentaría las necesidades y recursos que crean oportunos para lograr ese objetivo. Propone realizar gestiones particulares con la Contraloría General de la República, para que se mercadeen las etapas como un proyecto, no solo como una etapa. Fundamentar todos esos aspectos, para determinar si se acortan los plazos de autorización y poder avanzar en la ejecución de los proyectos.

Sugiere la Dra. Rocío Sáenz un tercer punto a la propuesta de acuerdo: “Instruir a la administración para que realice todos los esfuerzos pertinentes, en términos de ajustar los tiempos, reducirlos en los que sea pertinentes y presentar a la Junta Directiva las opciones y necesidades en un plazo no mayor de un mes”.

Solicita la Ing. Alfaro Murillo que ese aspecto debe quedar claro en el acuerdo, en términos de que hay una solicitud explícita de reducir los tiempos.

Lee la Licda. Emma Zúñiga cómo quedaría el punto número tres de la propuesta de acuerdo: “Instruir a la Administración para que se realicen todos los esfuerzos pertinentes, para ajustar los tiempos y reducirlos y presentar a la Junta Directiva las opciones en un plazo de hasta un mes”.

Adiciona el Lic. Gutiérrez que “las opciones y requerimientos necesarios”.

4. Continúa leyendo la Arq. Murillo con los puntos número cuatro y cinco de la propuesta de acuerdo: Instruir a la Administración para que realice los ajustes e incorporación en el Portafolio de Proyectos de Inversión en Infraestructura y Tecnologías 2017/2021, de los proyectos que conforman la propuesta de Desarrollo del Recursos Físico del Hospital San Juan de Dios, por saber Servicio de Radioterapia, Servicio de Urgencias, Servicio de Hemato-Oncología y Torre Quirúrgica, según las respectivas etapas de madurez. Es decir, que el portafolio actual se ajuste con estas etapas, tal como se han planteado, porque ya vamos a publicar el portafolio, por lo que es importante que eso quede reflejado ahí.

Pregunta don Adolfo Gutiérrez si queda claro que todos los proyectos tienen financiamiento.

Responde la Arq. Murillo Jenkins que sí, porque se está incorporando.

Refiere la Dra. Sáenz que le parece que la última etapa, la etapa 2 de la Torre no, necesariamente, está contemplado en el portafolio. Recuerda que está la parte de Radioterapia, lo del Centro Conjunto, está el tema de Emergencias que está en el Portafolio, estaba la Torre, lo que no está es Hemato-Oncología. Aprovechando este punto, sugiere se adicione que se instruya a la Gerencia Financiera para darle contenido, porque eso no estaba.

Presenta la Arq. Murillo el punto número 5) de la propuesta de acuerdo:

5. Instruir a las Gerencias Médica y de Infraestructura y Tecnologías para que continúen con las acciones que correspondan, según área de competencia, para el desarrollo de los proyectos presentados para el Hospital San Juan de Dios en sus diferentes etapas.

**Por consiguiente**, se tiene a la vista el oficio número GM-SJD-20670-2016/GIT-4687-2016, fechado 26 de octubre del año en curso, firmado por la Gerente Médico y la Gerente de Infraestructura y Tecnologías, que en adelante se transcribe, en lo pertinente:

“En atención al requerimiento planteado por el Director Rolando Barrantes Muñoz, para conocimiento y toma de decisión de la Junta Directiva, presentamos informe sobre el redimensionamiento del proyecto Torre Quirúrgica del Hospital San Juan de Dios, en los siguientes términos:

## **I Antecedentes:**

### **1. Sobre el Proyecto de una Torre Quirúrgica y Urgencias:**

Mediante el oficio DPSS-0500-08-10, 13 de agosto de 2010, la Dirección de Proyección de Servicios de Salud, entrega propuesta para construcción de la torre quirúrgica y Urgencias del Hospital San Juan de Dios. Estimaciones de demanda y el documento DPSS-0687-08-11, 19 de agosto 2011, Informe de alcance del Proyecto Torre de Especialidades Quirúrgicas Hospital San Juan de Dios.

Se dispone también de algunos programas funcionales elaborados por cada uno de los servicios del Hospital San Juan de Dios, los cuales no contaron con el aval de la Gerencia Médica, dado que los contenidos y el formato de los mismos no cumplía con los parámetros establecidos para este tipo de documentos.

En cuanto a diseño, la Dirección de Arquitectura e Ingeniería emite el oficio DAI-1955-2015, mediante el cual se expone el detalle del avance en las labores realizadas y los estudios contratados cuya conclusión fundamental es que una vez se cuente con el Programa Funcional validado, se deben iniciar formalmente los parámetros y lineamientos de diseño del Proyecto, conceptualizar el Proyecto, ajustar la zonificación efectuada del Proyecto, revisar y ajustar los Diagramas de Flujos y relaciones ya efectuados, realizar el Anteproyecto, planos, licitación y finalmente la construcción.

Dicho proyecto fue incorporado en el Portafolio de Proyectos de Inversión en Infraestructura y Tecnologías 2016/2020 aprobado por la Junta Directiva en el artículo 29 de la Sesión 8804.

### **2. Proyecto de Remodelación de Urgencias en su ubicación actual**

Ante la evidente problemática de espacio y funcionalidad del Servicio de Urgencias del Hospital San Juan de Dios, la Junta Directiva en el artículo 8 de la sesión 8784 celebrada el 18 de junio de 2015, acordó solicitar la inclusión en el portafolio de inversiones la dotación de contenido presupuestario para realizar la remodelación de dicho Servicio, como una medida provisional mientras se definía el alcance del proyecto de la Torre Médica y se desarrollaba su ejecución.

Además, el Ministerio de Salud emite orden sanitaria ARS-HMR-CMT-001-15 en donde se solicita implementar una serie de mejoras al servicio de Urgencias, con lo que como parte de los planes remediales el proyecto de readecuación del servicio se convierte en imperativo.

Ante esta problemática, la Dirección de Arquitectura e Ingeniería desarrolló una propuesta con el objetivo de readecuar dicho servicio considerando una mejora en la funcionalidad de los flujos de proceso, distribución de las áreas, independización de las áreas administrativas, así como redistribución del banco de sangre. No obstante, no se consideró como una solución definitiva y se propone desarrollar el Servicio de Urgencias en el terreno contiguo al Parque de la Merced (antiguas instalaciones de la Cervecería Costa Rica).

3. La Gerencia de Infraestructura y Tecnologías, mediante oficio GIT- 3991-2016, presenta a Junta Directiva informe sobre estado de los proyectos de Torre Quirúrgica del Hospital San Juan de Dios y Edificio Torre Este del Hospital Dr. Calderón Guardia. El mismo fue conocido por ese Órgano Superior en el artículo 12º de la Sesión 8856 celebrada el 28 de julio de 2016.

## **II Criterio de la Dirección de Proyección de Servicios de Salud sobre la Redefinición del alcance del Proyecto Torre del Hospital San Juan de Dios.**

1. Mediante oficio DPSS-0636-10-16 y anexo, la Ing. María de los Ángeles Gutiérrez Brenes, MBA, Directora de la Dirección de Proyección de Servicios de Salud, emite criterio técnico sobre el alcance del proyecto, del cual en lo que interesa se extrae:

“Para la definición del alcance del proyecto, se revisó en forma conjunta con las Autoridades del Hospital y la Dirección de Proyección de Servicios de Salud de la Gerencia Médica, la problemática del Servicio de Urgencias y la posible ubicación, de acuerdo con las directrices institucionales respecto a la optimización de los recursos, resultando como recomendación final la ubicación del Servicio de Urgencias en el terreno de las instalaciones de la antigua Cervecería de Costa Rica.

Esta construcción se conceptualiza como el primer componente del Proyecto de la Torre Quirúrgica que se estaría desarrollando por etapas, siendo que no se realizará la remodelación que se tenía prevista en las instalaciones del servicio de Urgencias actual. Las instalaciones actuales del Servicio de Urgencias se utilizarán para la construcción del Centro Conjunto para la Atención del Cáncer.

En relación con el alcance del Servicio de Urgencias, se revisó la cuantificación del recurso físico y se recomendaron las cantidades señaladas en minuta adjunta, suscrita por funcionarios del Hospital y de la Dirección de Proyección de Servicios de Salud, en la misma se incluyen los requerimientos para el servicio de Urgencias siendo que se mantiene el número de camas actual y se reponen camas de cirugía que el Hospital ha perdido en remodelaciones recientes.” (Se anexa documento)

### **2. Requerimientos del proyecto:**

Como resultado de la reunión de análisis del Proyecto de Urgencias con Autoridades del Hospital San Juan de Dios y la Dirección de Proyección de Servicios de Salud, se aprueba una Minuta sobre los requerimientos de proyecto, misma que se anexa y fue considerada por la Dirección de Arquitectura e Ingeniería para elaborar la propuesta técnica de Proyectos de Desarrollo del Recurso Físico de dicho Nosocomio.

## **III Criterio Técnico para Desarrollo de los Proyectos**

Mediante oficio DAI-3181-2016 el Ing. Jorge Granados Soto, Director de Arquitectura e Ingeniería, presenta propuesta técnica para el desarrollo de los proyectos en los siguientes términos:

### 1. Necesidades Identificadas:

- Hacinamiento y problemas funcionales del actual servicio de Urgencias HSJD.
- Necesidad identificada de ampliar la red de aceleradores lineales de la CCSS.
- Servicio de oncología con alta demanda y necesidad de crecimiento.
- Necesidad de fortalecer los servicios de cirugía y gineco-obstetricia.

### 2. Premisas:

- Impacto en la mejora de la calidad de los servicios.
- Búsqueda de ordenamiento funcional y zonificación.
- Garantizar la seguridad de los pacientes, personal y activos
- Hospital debe mantenerse operando.
- Optimización flujos de pacientes, personal, suministros.
- Respeto a la jerarquización patrimonial.

### 3. Propuesta de ejecución de los proyectos:

Luego de analizar de forma conjunta con la Gerencia Médica, la Gerencia de Infraestructura y Tecnología y Autoridades del Hospital San Juan de Dios, se considera que para abordar de manera óptima la problemática presentada, desarrollando un proyecto por etapas que incluya una solución definitiva al Servicio de Urgencias en el terreno de la antigua Cervecería, así mismo desarrollar la primera etapa del Servicio de Radioterapia en el espacio del parqueo de médicos sobre el paseo colón.

Una vez finalizado el servicio de Urgencias, el espacio donde este servicio se ubica actualmente será utilizado para el Servicio de Hemato-Oncología, el cual estaría relacionado directamente con el área de radioterapia.

Finalmente, se desarrollaría la segunda etapa del proyecto de torre médica que sería el bloque quirúrgico junto con los encamados de cirugía. A continuación se muestra un esquema grafico del desarrollo propuesto:



A continuación, se presenta una breve explicación del alcance de cada una de estas etapas.

### **Etapas 1. Servicio de Radioterapia**

Originalmente se había definido desarrollar el proyecto del Centro Conjunto de Radioterapia en un terreno ubicado 100 metros al oeste del Hospital Blanco Cervantes, sin embargo, esa zona es una zona más residencial y se ha valorado que la ubicación de equipos que emiten radiaciones ionizantes no debería estar tan cercano a zonas residenciales para evitar riesgos futuros con los vecinos, es por esto que se buscaron otras alternativas para desarrollar.

La Gerencia Médica mediante oficio GM-CTC-MDA-5205-16 emite criterio acerca de la necesidad de dotar al Servicio de Radioterapia del Hospital San Juan de Dios de 2 aceleradores lineales.

La propuesta es que sea ubicado bajo nivel en el actual parqueo de médicos, frente al Paseo Colón, pero al estar bajo la influencia del paisaje patrimonial de la cúpula del antiguo Chapuí, se requería un pronunciamiento de Patrimonio al respecto, el mismo se obtuvo el 19 de setiembre en reunión sostenida entre la Dirección de Arquitectura e Ingeniería y Patrimonio.

La propuesta más viable, y que impacta menos a nivel de Patrimonio, es la propuesta de colocar el edificio subterráneo en el parqueo de médicos, posteriormente se solicitó una propuesta de zonificación para evaluar si es posible ubicar el proyecto en el lugar solicitado. La propuesta en mención se presentó a las Gerencias Médicas, de Infraestructura y Tecnologías, al Proyecto de Fortalecimiento de la Red Oncológica y al Hospital San Juan de Dios, el día 03 de octubre de 2016 consensuándose entre las partes que esta resulta actualmente la mejor alternativa para desarrollo del proyecto.

#### **El alcance del servicio propuesto sería:**

1. Inscripción: Recepción, Vestíbulo de pacientes
2. Tratamiento: Salas de Acelerador Lineal (2), Sala de espera de tratamiento, Laboratorio de Física, Enfermería
3. Administración: Área de Coordinación
4. Personal: Acceso de personal, Sala de estar, Sala Multiuso, Servicios Sanitarios, Vestidores
5. Espacios Electromecánicos
6. Funciones Auxiliares: Cuarto de Aseo, Cuarto Séptico, Cuarto de desechos

No se incluyen en esta propuesta los espacios de Consulta Externa (consultorios de radioterapia), Planificación (Tomógrafo simulador y espacio para dosimetristas que se está actualmente remodelando), y las Jefaturas (incluye algunas áreas administrativas y las oficinas del jefe de servicio), que continuarán en el espacio actual de radioterapia, hasta la construcción del edificio de Hemato-Oncología.

## Etapa 2. Servicio de Urgencias

En reunión celebrada entre la Dirección de Proyección de Servicios de Salud de la Gerencia Médica y la Dirección General del Hospital San Juan de Dios del 6 de octubre del 2016, se propone un Servicio de Urgencias como Proyecto definitivo situado en terreno del edificio anexo.

El servicio debe ser autosuficiente de manera que los pacientes no deban transitar entre ambos edificios, además se debe dejar prevista la ubicación física para una torre quirúrgica a realizarse como una segunda etapa.

### **Alcance macro de la primera etapa Servicio de Urgencias:**

Se mantiene el plan funcional actual (de la remodelación planteada originalmente) modificando a 26 camas/sillones de inhaloterapia y 78 camas de observación, se debe incluir el Laboratorio Clínico, que dará soporte al Servicio de Urgencias y se debe incluir el Banco de Sangre.

A este plan funcional deberán agregarse los planes funcionales del Servicio de Rayos X, el cual dará soporte al Servicio de Urgencias y eventualmente a situaciones de Urgencias que surja en las áreas de hospitalización y quirófanos de la torre quirúrgica (segunda etapa). Así mismo debe incluirse en la primera etapa recintos para Ultrasonidos, TAC e Imágenes convencionales

En cuanto a la farmacia que dará soporte al Servicio de Urgencias esta contempla la visión de la Caja Costarricense de Seguro Social de no tener farmacias satélites, por lo tanto, para el proyecto final de Urgencias y torre quirúrgica se tendrá una sola farmacia. Por tanto, si bien por el momento la farmacia será solo para soporte de Urgencias en esta primera etapa. Se deberá dejar previsto que para la segunda etapa debe contemplar la capacidad operativa y funcional, para dar soporte a la Torre Quirúrgica.

Esta primera etapa deberá tener dos quirófanos y un área de recuperación para al menos 10 pacientes.

En cuanto al Área de hospitalización quirúrgica se debe incluir 38 camas y 2 camas de aislamiento. En la segunda etapa (torre quirúrgica) se contemplará el resto de las camas de hospitalización de la Sección de Cirugía.

### **Etapa 3. Servicio de Hemato-Oncología**

En este proyecto se utiliza el espacio que queda libre en el área de Urgencias actuales para ubicar el Servicio de Hemato-Oncología.

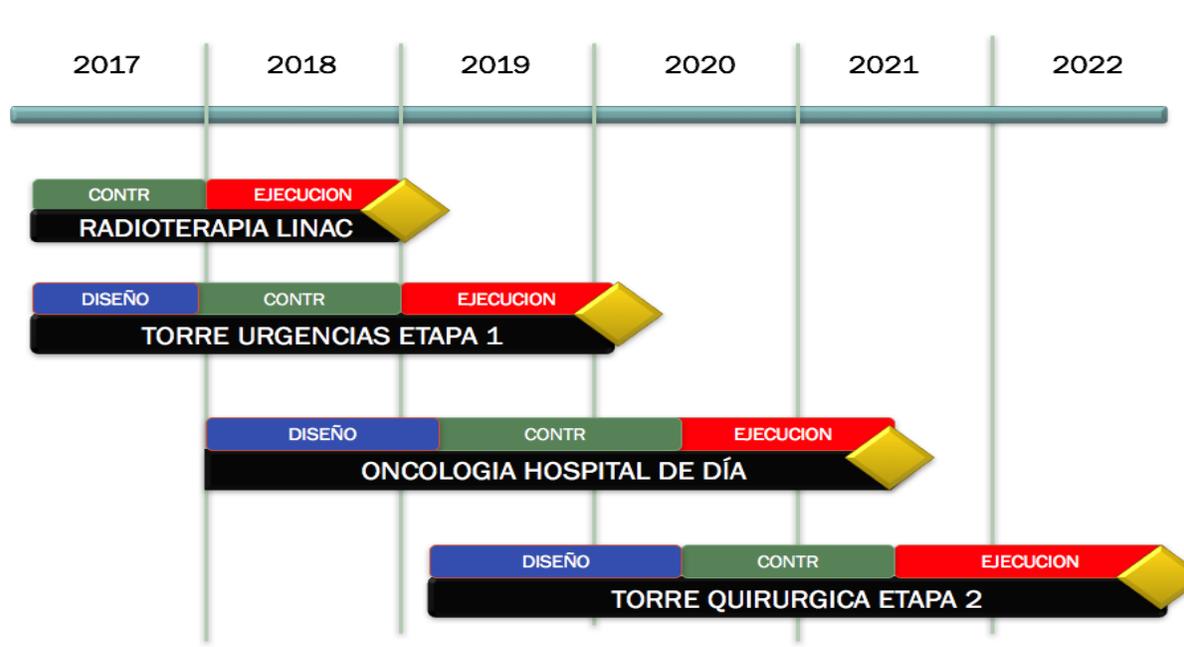
Para este proyecto es necesario que la Gerencia Médica defina el alcance del mismo y se presenta a Junta Directiva para su aprobación.

#### Etapa 4. Torre Quirúrgica

De igual manera para este proyecto es necesario que la Gerencia Médica defina el alcance del mismo y sea aprobado por la Junta Directiva.

#### 4. Plazos y costos estimados:

A continuación, se presenta una estimación de plazos de ejecución de las diferentes etapas del proyecto, así mismo se hace la observación que el inicio de estos plazos depende de que se entregue la información de Preinversión por parte de la Dirección de Proyección de Servicios de Salud de la Gerencia Médica de forma oportuna para cada etapa.



En cuanto a los costos se indica que estos son muy aproximados y dependerán de los diseños finales en función del alcance aprobado sin embargo inicialmente se han estimado ciertos montos según la información del Portafolio Institucional de Proyectos.

Etapa	Nombre	Monto aproximado
1	Radioterapia HSJD	\$10,000,000
2	Servicio de urgencias	\$45,000,000
3	Hemato-Oncología	\$10,000,000
4	Bloque Quirúrgico	\$55,000,000

Los costos pueden variar en función del alcance final de los proyectos.

#### **IV Inclusión en el Portafolio de Proyectos de Inversión en Infraestructura y tecnologías:**

Los proyectos descritos que forman parte de la propuesta de Desarrollo de Recursos Físico del Hospital San Juan Dios, fueron incorporados en su oportunidad en el Portafolio de Proyectos, según detalle, no obstante procede la actualización:

- **Servicio de Radioterapia:**

En el portafolio aprobado por la Junta Directiva en el artículo 29 de la Sesión 8804 de noviembre del año 2015, se incorpora el proyecto denominado Servicio Conjunto de Atención del Cáncer, como proyecto en etapa de estudios técnicos.

En el Portafolio de Proyectos 2017/2021, dicho proyecto se incorporó en la programación quinquenal, para ser ejecutado en los años 2019/2021, con una inversión estimada de 7.630 millones de colones.

Por tanto, procede la actualización en el portafolio de acuerdo con el redimensionamiento que plantea esta propuesta.

- **Servicio de Urgencias y Torre Quirúrgica:**

En el portafolio aprobado por la Junta Directiva en el artículo 29 de la Sesión 8804 de noviembre del año 2015, se incorpora el proyecto denominado Torre Quirúrgica y Emergencias del Hospital San Juan de Dios como proyecto en etapa de estudios técnicos. Además se incorpora el proyecto readecuación del Servicio de Urgencias Hospital San Juan de Dios en la programación quinquenal con una inversión estimada de 5.000 millones de colones.

Dichos proyectos fueron incluidos en el portafolio 2017/2021. Procede la actualización en el Portafolio de acuerdo con el nuevo alcance del proyecto.

- **Servicio de Hemato-Oncología**

El Proyecto de Servicio de Hemato-Oncología, surge como un proyecto nuevo en esta propuesta, por tanto debe incluirse en el Portafolio 2017/2021, con un costo estimado de 5.600 millones de colones.

#### **V Recomendación y propuesta de acuerdo:**

De acuerdo con lo expuesto, para consideración de la Junta Directiva presentamos la siguiente propuesta de acuerdo ...”,

habiéndose hecho la presentación pertinente, por parte de la arquitecta Murillo Jenkins, con base en el criterio de las áreas técnicas competentes (Dirección Proyección de Servicios de Salud y Dirección de Arquitectura e Ingeniería), así como de las autoridades del Hospital San Juan de Dios, y con la recomendación de las Gerencias Médica y de Infraestructura y Tecnologías, a la

vista en el mencionado oficio número GM-SJD-20670-16 /GIT-4687-2016, la Junta Directiva – en forma unánime- **ACUERDA:**

1. Dar por recibido el informe sobre redimensionamiento del proyecto de Torre Quirúrgica para el Hospital San Juan de Dios.
2. Aprobar la *Propuesta de Desarrollo del Recurso Físico del Hospital San Juan de Dios*, según las etapas correspondientes al Servicio de Radioterapia, Servicio de Urgencias, en los términos contenidos en el referido oficio número GM-SJD-20670-16/GIT-4687-2016 y anexos, que forma parte de la correspondencia del acta de esta sesión. Asimismo, se instruye a la Gerencia Médica y Gerencia de Infraestructura y Tecnologías para que continúen con el análisis que corresponda para la propuesta del Servicio de Hematooncológica y Torre Quirúrgica.
3. Instruir a la administración para que realice todos los esfuerzos pertinentes para ajustar los tiempos y reducirlos e identificar los requerimientos necesarios y presentar a la Junta Directiva las opciones, en un plazo de hasta un mes.
4. Instruir a la Administración para que realice los ajustes e incorporación en el Portafolio de Proyectos de Inversión en Infraestructura y Tecnologías 2017/2021, de los proyectos que conforman la propuesta de Desarrollo del Recursos Físico del Hospital San Juan de Dios, a saber Servicio de Radioterapia, Servicio de Urgencias, Servicio de Hematooncológica y Torre Quirúrgica, según las respectivas etapas de madurez.
5. Instruir a las Gerencias Médica, Financiera, y de Infraestructura y Tecnologías, para que continúen con las acciones que correspondan, según área de competencia, para el desarrollo de los proyectos presentados para el Hospital San Juan de Dios en sus diferentes etapas.
6. Instruir a la Gerencia Financiera para que se dé contenido económico a la *Propuesta de Desarrollo del Recurso Físico del Hospital San Juan de Dios* aquí aprobada.

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

La arquitecta Murillo Jenkins y el equipo de trabajo que las acompaña se retiran del salón de sesiones.

Ingresan al salón de sesiones el doctor Jorge Fonseca Renault, Director de la Dirección de Redes; la doctora Rosa Climent Martin y la licenciada Margoth Darcia Carranza, funcionarias de la citada Dirección.

#### **ARTICULO 31°**

Se tiene a la vista el oficio N° GM-SJD-20671-2016, de fecha 26 de octubre del año 2016, que firma la Gerente Médico y por medio del que presenta el Informe Desempeño de las Áreas de Salud Montes de Oca, Curridabat y San Juan–San Diego-Concepción, administradas por UNIBE.

La exposición está a cargo del doctor Fonseca Renauld, con base en las láminas que se especifican:

- 1) CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL  
GERENCIA MÉDICA  
DIRECCIÓN DE RED DE SERVICIOS DE SALUD  
Propuesta de nuevo concurso para la provisión de servicios de salud en las Áreas de Salud Montes de Oca, Curridabat y San Juan-San Diego Concepción  
Período 2018-2024.
- 2) Informe sobre el Desempeño de las Áreas de Salud Montes de Oca, Curridabat San Juan-San Diego-Concepción/ UNIBE.
- 3) Antecedentes:
  - La provisión de servicios de salud en las comunidades de Montes de Oca, Curridabat y San Juan-San Diego-Concepción de la Unión de Cartago, por parte de la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) inició en mayo de 1999 en Tirrases, a través de un convenio con la Universidad de Costa Rica. En el 2000 se extendió a todo el cantón de Curridabat, en el 2001 al cantón de Montes de Oca y al distrito de San Ramón y, por último, en el año 2002 a Concepción, San Juan y San Diego.
  - La Presidencia Ejecutiva de la C.C.S.S. el 18 de diciembre del 2012, solicitó aval a la Contraloría General de la República para realizar una contratación directa concursada para proveer servicios de salud en el primer nivel de atención en Curridabat, Montes de Oca y San Juan-San Diego y Concepción de la Unión de Cartago.
  - En oficio DCA-0165-2013 del 23 de enero del 2013, la Contraloría General de la República autorizó a la C.C.S.S. a realizar dicho concurso.
  - El aval se dio para que esta contratación se realizara por un plazo de 4 años improrrogables, a partir del momento en que se girara la orden de inicio y hasta por un monto de **₡7.390.200.000,00.**
- 4) Antecedentes:
  - En la sesión 8658 artículo 36 del 29 de agosto del 2013, la Junta Directiva de la C.C.S.S. adjudicó al Consorcio conformado por el Hospital Universitario UNIBE S.A. y la Asociación Universitaria de Iberoamérica, las Áreas de Salud de Montes de Oca, Curridabat y San Juan-San Diego y Concepción de la Unión de Cartago.
  - Monto adjudicado ₡4.904.635.550,00, según el estudio de razonabilidad de precios, realizado por el Área de Contabilidad de Costos para la Contratación Directa Concursada 2013CD-000061-05101
  - El concurso se realizó mediante el Sistema de Compras Electrónicas Compra Red del Ministerio de Hacienda.
  - La orden de inicio, se dio a través de oficio DRSS-FISSCT-0560-2014 del 14 de febrero, donde se estipula el inicio a partir del 17 de febrero del 2014.

5)

**Desempeño de las Áreas de Salud administradas por UNIBE Contratación Directa Concursada 2013CD-000061-05101 Años 2014-2015 (%)**

Área de Salud	Metas Estratégicas 2014 DCSS	PGL 2014 DRSSCS	Nota Ponderada 2014	Metas Estratégicas 2015 DCSS	PGL 2015 DRSSCS	Nota Ponderada 2015
San Juan-San Diego-Concepción	85,01	80,50	81,40	95,71	97,80	97,38
Montes de Oca	88,28	87,50	87,66	92,30	95,20	94,62
Curridabat	94,12	78,80	81,88	97,10	95,20	95,58

6)

**Percepción de satisfacción de las personas usuarias de los servicios de salud (%)**

Área de Salud	Elementos tangibles	Confiabilidad	Capacidad de Respuesta	Certeza Seguridad y Confianza	Empatía	% de Satisfacción General
San Juan-San Diego-Concepción	92,06	82,51	88,53	91,45	90,10	88,93
Montes de Oca	88,52	78,84	84,86	89,29	83,98	85,10
Curridabat	80,04	74,84	81,57	82,39	79,31	80,04

7)

**Comportamiento del gasto sin incentivos médicos Áreas de Salud Montes de Oca, Curridabat y San Juan San Diego Concepción periodo 2014-2016 (en millones de colones)**

Área de Salud	2014	2015	2016
Montes de oca	1.890	1.950	1.972
Curridabat	1.670	1.723	1.742
San Juan-San Diego-Concepción	1.602	1.652	1.670
<b>Total</b>	<b>5.162</b>	<b>5.326</b>	<b>5.385</b>
Crec. 2014-2015= 3,08 % Crec. 2015-2016= 1,11 % Crec. Promedio= 2,10 %			

8) Propuesta de nuevo concurso para la provisión de servicios de salud en las Áreas de Salud Montes de Oca, Curridabat y San Juan-San Diego Concepción Período 2018-2024.

9)

**Población con re sectorización a mayo 2016**  
**Áreas de Salud de Montes de Oca, Curridabat**  
**y San Juan-San Diego-Concepción**  
 Dirección Actuarial CCSS

Área de Salud	Año 2016	Año 2020
San Juan-San Diego-Concepción	55 605	58.144
Montes de Oca	67 074	68.168
Curridabat	74 268	76.684
<b>Total</b>	<b>196 947</b>	<b>202 996</b>

Crecimiento promedio 3,15%  
Fuente: Dirección Actuarial CCSS

10)

**Número de EBAIS propuestos y otros servicios para las comunidades de**  
**Montes de Oca, Curridabat y San Juan-San Diego-Concepción**  
 Período 2018- 2024

Área de Salud	Nº de EBAIS	Nº de funcionarios	Sedes para Núcleos de EBAIS	Sedes de Área de Salud	Servicio de Rayos X	Servicio de Urgencias
San Juan-San Diego-Concep.	12	120	3	1	0	0
Montes de Oca	14	132	4	1	0	0
Curridabat	16	167	5	1	1	1
<b>Total</b>	<b>42</b>	<b>419</b>	<b>12</b>	<b>3</b>	<b>1</b>	<b>1</b>

11)

**Comparación del costo de las Áreas de Salud**  
**UNIBE vs Costo C.C.S.S. Año 2016**  
 (Millones de Colones)

Área de Salud	*Costo C.C.S.S.	Costo UNIBE + **Costo Fase analítica Lab. + ***incentivos médicos	Diferencia	Porcentaje de variación
Montes de oca	2.296,0	1.949,0	-347,0	-15,0%
Curridabat	2.440,0	2.215,2	-225,7	-9,2%
San Juan-San Diego-Concepción	2.223,6	1.868,6	-355,0	-16,0%
<b>Total</b>	<b>6.959,6</b>	<b>6.032,8</b>	<b>-927,7</b>	<b>13,3%</b>

\*Oficio ACC-1223-2016/SACCI-1224-2016  
 \*\* Dato suministrado por el Área de Contabilidad del IMSS  
 \*\*\* Dato según rolamos de la UNIBE

12)

**Escenario N°1***La C.C.S.S asume los servicios en las Áreas de Salud de Montes de Oca, Curridabat y San Juan San Diego-Concepción de la Unión de Cartago*

- Desde el punto de vista técnico, no existe impedimento alguno para que la institución asuma estas áreas de salud. Excepto que eso implicaría que la creación de todas las plazas de un año estaría dirigida a llenar esa necesidad; así como la contratación en tiempo récord de los edificios y dotación de equipo.
- Se está a año y medio de tiempo, para que finalice el contrato actual con UNIBE, período en el cual, si se definiese que la institución asumirá los servicios, las instancias técnicas podrían organizar la logística de este proceso.
- De considerarse insuficiente el tiempo anotado, es viable solicitar el aval ante la Contraloría General de la República para prorrogar el contrato actual con la

UNIBE, por un período prudencial, siempre que durante el período avalado por la CGR, se comprometa la institución a implementar lo correspondiente para asumir los servicios de salud en esas comunidades.

- Pero tal decisión sería contraria a la política institucional de compra de servicios a terceros.

13)

**Escenario N°1**  
La C.C.S.S. asume los servicios en las Áreas de Salud de Montes de Oca, Curridabat, San Juan-San Diego-Concepción  
Proyección del costo\* en el Período 2018-2023  
(En millones de colones)

ACC-1353-2016/SACCI-1524-2016 (20 Set 2016)	Año 2018	Año 2019	Año 2020	Año 2021	Año 2022	Año 2023
Curridabat	2.436	2.509	2.584	2.662	2.741	2.824
Montes de Oca	2.588	2.666	2.746	2.828	2.913	3.000
San Juan-San Diego-Concepción.	2.359	2.430	2.503	2.578	2.655	2.735
<b>Total por año</b>	<b>7.383</b>	<b>7.605</b>	<b>7.833</b>	<b>8.068</b>	<b>8.310</b>	<b>8.559</b>

Fuente: Propia DICES

14)

Escenario N°2

La C.C.S.S compra los servicios a un proveedor externo

- Debe tomarse en cuenta que se trata de un concurso público y el momento en que se encuentra la ejecución del contrato N°2013-000001-00 Contratación Directa N°2013CD-000061-05101.
- La Gerencia Médica y la Dirección de Red de Servicios de Salud consideran necesario, si la Junta Directiva adopta el acuerdo de comprar los servicios, que deben iniciarse los trámites para un nuevo concurso público, a la mayor brevedad posible.
- La justificación de la compra, debe contener lo estipulado en el acuerdo de Junta Directiva de la sesión 7997 artículo 11 de fecha 06 de octubre del 2005 “Política de la Caja Costarricense de Seguro Social para la provisión de servicios de salud por medio de proveedores externos”.

15)

Escenario N°2

La C.C.S.S compra los servicios a un proveedor externo

- Que para los años 2014 y 2015, las instancias técnicas institucionales encargadas de la evaluación anual, han determinado el buen desempeño de las Áreas de Salud administradas por la UNIBE.
- Se logró mejorar la cantidad y la calidad de las consultas dadas a los habitantes adscritos a dichos centros asistenciales, además, se mejoró la accesibilidad a los servicios, entre otros.
- Además, que la Dirección Institucional de Contralorías de Servicios aplicó en Consulta Externa de las Áreas de Salud en mención en el año 2015, la encuesta de satisfacción de los usuarios, la misma se ponderó según el modelo SERVQUAL. Según el resultado de la misma, las tres áreas estuvieron dentro del rango 80%-89%, lo cual indica, que los usuarios manifestaron estar satisfechos con el servicio brindado.

16)

**Escenario N° 2**  
**La C.C.S.S. contrata los servicios en las Áreas de Salud de Montes de Oca, Curridabat, San Juan-San Diego-Concepción**  
**Proyección del costo\* en el Periodo 2018-2023**  
 (En millones de colones)

Proveedor Externo	Año 2018	Año 2019	Año 2020	Año 2021	Año 2022	Año 2023
Curridabat	2.309	2.358	2.407	2.458	2.509	2.562
Montes de Oca	2.032	2.074	2.118	2.162	2.208	2.254
San Juan-San Diego-Concepción.	1.948	1.989	2.030	2.073	2.117	2.161
<b>Total por año</b>	<b>6.289</b>	<b>6.421</b>	<b>6.556</b>	<b>6.693</b>	<b>6.834</b>	<b>6.977</b>

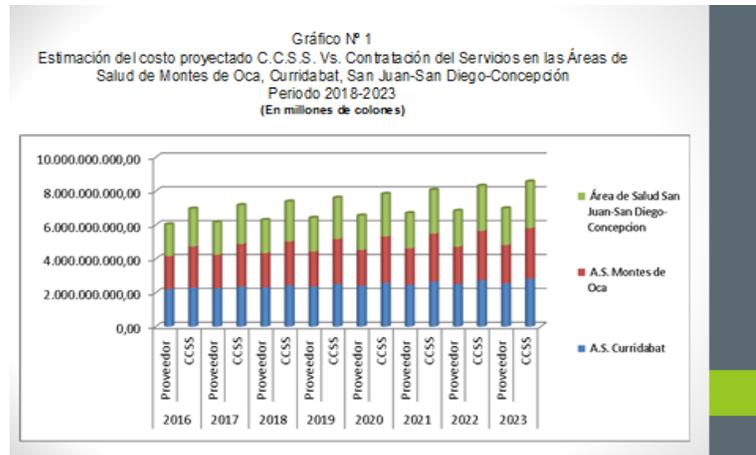
Fuente: Propia DRESS

17)

**Costo por población cubierta actual y proyectado en las áreas Áreas de Salud de Montes de Oca, Curridabat, San Juan-San Diego-Concepción**

Operador / Área de salud	Cobertura 2015	Costo 2016	Costo 2018
<b>Costo per cápita cubierto CCSS</b>		<b>70.953,23</b>	<b>73563,10</b>
A.S:Curridabat	48,90%	69.555,89	70725,01
A.S:Montes de Oca	52,30%	65.450,96	70079,62
A.S. San Juan, San Diego, Concepción	48,00%	83.310,85	85860,09
<b>Costo per cápita cubierto UNIBE</b>		<b>61.504,49</b>	<b>64.340,23</b>
A.S:Curridabat	48,90%	60.996,14	63.106,61
A.S:Montes de Oca	52,30%	55.559,19	57.481,54
A.S. San Juan, San Diego, Concepción	48,00%	70.010,19	72.432,54

18)



19)

**Recomendación**

De acuerdo al análisis presentado en este informe la Gerencia Médica y la Dirección de Red de Servicios de Salud recomiendan:

1. Se dé por parte de la Junta Directiva el aval correspondiente, para iniciar los trámites de un nuevo concurso público para contratar la provisión de servicios de salud integrales en las áreas de salud de Montes de Oca, Curridabat y San Juan San Diego-Concepción de la Unión de Cartago, según lo descrito en escenario N° 2.
2. Que el plazo de la compra se realice por 6 años prorrogables a 4 años más (para un total de 10 años).

3. Que las Áreas de Salud de Montes de Oca y San Juan-San Diego-Concepción sean tipo 1 y el Área de Salud de Curridabat sea tipo 2, según prototipos de las Áreas de Salud aprobados por la Junta Directiva.
4. Que la Instancia técnica y administrativa encargada de la verificación, fiscalización y evaluación cuantitativa y cualitativa de la ejecución del contrato que resulte, sea la Dirección Regional de Servicios de Salud Central Sur, que fungirá por lo tanto como administrador del contrato, bajo la figura de la Gerencia Médica como Gestor del Contrato.

En relación con las Áreas de Salud Montes de Oca, Curridabat y San Juan – San Diego-Concepción, administradas por UNIBE, la doctora María Eugenia Villalta señala que la presentación se refiere a la propuesta del nuevo concurso para la provisión de servicios de esas áreas de salud y el Dr. Jorge Fonseca R., realizará la exposición.

El Dr. Jorge Fonseca Renauld refiere que presentará la propuesta del nuevo concurso para la provisión de servicios de salud, en las áreas antes mencionadas para el período 2018 – 2024. Como antecedentes recuerda que la provisión de servicios de salud para estas tres comunidades inició en el año 1999, originalmente, en Tirrases. En el año 2000 se extendió a todo el cantón de Curridabat, en el año 2001 al cantón de Montes de Oca y al distrito de San Ramón y en el año 2002 a Concepción, San Juan y San Diego. Originalmente estuvieron a cargo de la Universidad de Costa Rica (UCR), pero debido a la renuncia que efectuaron de este trabajo, fue cuando la Presidencia Ejecutiva el 18 de diciembre del 2012, solicitó el aval a la Contraloría General de la República para realizar una contratación directa concursada, para proveer servicios de salud en el Primer Nivel de Atención en Curridabat, Montes de Oca y San Juan-San Diego y Concepción de la Unión de Cartago. Finalmente, el Ente Contralor mediante el oficio N° DCA-0165-2013 del 23 de enero del año 2013, autorizó a la Caja a realizar dicho concurso. El aval se dio para que esta contratación se realizara por un plazo de cuatro años improrrogables, a partir del momento en que se girara la orden de inicio y por un monto máximo de siete mil trescientos noventa millones doscientos mil colones (₡7.390.200.000). Posteriormente, en el año 2013 en la sesión de la Junta Directiva N°8658, artículo 36° se adjudicó la provisión de servicios a esas comunidades, al Consorcio conformado por el Hospital Universitario UNIBE y la Asociación Universitaria de Iberoamérica. El monto adjudicado fue de cuatro mil novecientos cuatro millones seiscientos treinta y cinco mil quinientos cincuenta colones (₡4.904.635.550), monto por debajo del máximo aprobado por el Órgano Contralor. El concurso se realizó mediante el Sistema de Compras Electrónicas Compr@Red del Ministerio de Hacienda. La orden de inicio se dio a partir del 17 de febrero del 2014. En cuanto a los resultados obtenidos de esas unidades, debido a que esta Junta Directiva está al tanto de ellos, resume que los logros en las metas estratégicas en el cumplimiento del plan de desarrollo, se ha mantenido desde el primer año en valores que superan el 78,80% que fue la calificación más baja obtenida en Curridabat. En promedio las evaluaciones están contempladas entre el 81,88% y el 87,65%. Para el año 2015 mejoraron, substancialmente, las calificaciones obtenidas, estando por arriba del 94,62% en las tres comunidades. Con respecto de la satisfacción de los usuarios de los servicios de salud, se determinó un aspecto semejante; sin embargo, no se tiene los valores producto de la calificación del año 2016. Se ha logrado percibir que la gestión ha mejorado, progresivamente, así como la satisfacción de los usuarios y aun así en el primer período en que ese Consorcio brindó los servicios, se obtuvieron valores elevados, es decir, superiores de un 80% en todos los casos,

excepto en Curridabat y Montes de Oca, en cuanto al factor de confiabilidad. Aclara que es la percepción de qué tan confiable es el proveedor de servicios para el usuario de dicho servicio.

Interviene la Directora Alfaro Murillo y señala que a Montes de Oca, en cuanto a la columna que indica “certeza, seguridad y confianza” la calificación está casi en un 90, pero donde dice “confiabilidad”, la calificación es de un 78%, lo cual no concuerda porque son variables que se diría que a lo mejor, en la parte teórica se les puede dar una definición de la diferencia, de lo que significan las dos variables. Entiende el tema de empatía, porque es un asunto diferente; sin embargo, es difícil valorarlo. La capacidad de respuesta le parece más objetivo. Recuerda que en la Junta Directiva, ya se había presentado esa encuesta y espera que la próxima vez que se presente, sea con mucho más criterio, de modo que se puedan analizar esos elementos. Insiste que no se refiere al marco teórico.

Sobre el particular, indica el Dr. Fonseca que la Dirección de Redes se encarga de presentar los resultados de las encuestas, pero no las elaboran. Continúa y anota que en cuanto al costo sin incentivos médicos, para las tres áreas de salud ha venido variando. En el año 2014 fue de un monto de cinco mil cientos sesenta y dos millones de colones, en el año 2015 el monto fue de cinco mil trescientos veintiséis millones de colones y en el año 2016 fue de un monto de cinco mil trescientos ochenta y cinco millones de colones. De manera que en conjunto el crecimiento entre los años 2014 y 2015 fue de un 3,08%; entre el año 2015 y el año 2016 fue de un 1,11% con un promedio de crecimiento de un 2,10%.

Comenta el Director Loría Chaves que la lámina anterior se está refiriendo a los costos sin incentivos médicos y pregunta, si en el tema del pago esta Institución concilió o no en un juicio que están llevando con respecto de ese tema. Manifiesta que su criterio es que a todos los médicos se les debe de pagar, pero que no conoce si unos van más adelantados que otros.

Aclara la Dra. Rosa Climent que el reclamo de incentivos médicos solo la UNIBE lo ha presentado ante la Gerencia Médica, porque los demás estaban esperando algunas resoluciones de la Sala Constitucional y algún contencioso administrativo que han puesto sobre el asunto. Lo que se tiene en este momento planteado, es un contencioso administrativo que está en proceso y se está analizando la conciliación, pero se tiene que presentar a consideración de la Junta Directiva.

El Subgerente Jurídico respecto de lo planteado por el señor Loría Chaves, señala que no se podría referir al tema, porque son asuntos jurídicos y se deben revisar en la sentencia, la precisión y los alcances de lo que indicó la Sala Constitucional, en términos de lo que indica contrato. Entonces, se debe analizar qué establece el contrato del pago a los médicos. Por lo que es comprometededor indicar en la Junta Directiva, si se les debe pagar con base en un fallo de la Sala Constitucional. Él preferiría esperar, porque en este momento está redactando un correo, para que se le otorgue la información del estado en que está el juicio y dentro de un momento, estará dando una apreciación.

El Director Gutiérrez Jiménez hace una observación, en términos de que partiendo de la hipótesis de si se cambia, que es lo que no se puede afirmar en este momento, porque está en resolución. Además, está en una vía conciliatoria pero si se cambia, sí va a tener ese efecto que está seguro que el Dr. Fonseca y su grupo han tomado en cuenta. Quiere compartir con los que no estuvieron presente en la discusión con las cooperativas, porque hay dos elementos muy importantes que le

parece son fundamentales. Una es que las nuevas contrataciones tienen que tener en cuenta, principalmente, dos puntos importantes. Primero, todas las cooperativas se quejan de los carteles y cree que es que se ha ido migrando, porque se ha ido aprendiendo y esa situación no es culpa de ninguna persona, simplemente, es del devenir de los procesos. Además, de que muchos casos se convirtieron, en ciertas áreas, en “camisas de fuerza” y le parece que se debería pensar en que a la Institución le interesa trabajar más por resultados. También lo que le interesa a la Caja es observar un lugar limpio y que dé resultados. Llama la atención de que la Junta Directiva debe entender que los resultados son los que interesan, no si tienen las cuatro capas, porque si se van a hacer renovaciones de contratos, salvo que, jurídicamente, en este momento no se pueda, se debería considerar y no flexibilizar la calidad. No está pretendiendo que se flexibilicen los procesos que la Institución debe exigir.

El señor Loría Chaves señala que el tema más importante es que la filosofía, con la que se crearon los contratos por terceros en el año 1987, era para que la Institución tuviera una herramienta que le permitiera hacer más eficiente los servicios. Antes parecía que había más libertad de parte de los terceros, para ser creativos e impulsar iniciativas, las cuales les permitiera producir un impacto significativo, en los indicadores de salud. Pareciera que en los últimos contratos que, efectivamente, como lo indica don Adolfo, hay una “camisa de fuerza”. Entonces, lo importante es que los contratos establezcan el cumplimiento mínimo que exige la Caja y que, efectivamente, puedan hacer más de lo que la Caja les solicita, pues que se les permita. Las cooperativas de lo que se quejan es que en la supervisión, se atiene mucho al protocolo de un contrato y ahí habría que negociar y ponerse de acuerdo, en cómo hacer para que aquellos puntos en los que puedan aportar más, lo hagan y puedan gestionar diferente, pero que el impacto de los indicadores sean mejores. De lo contrario se termina institucionalizando, la manera en que las cooperativas realizan las tareas, dada la contratación por terceros y los trabajadores se convierten en personal como que fueran de la Caja.

Enfatiza la Dra. Sáenz Madrigal, que se estaba esperando a que saliera el acta, para poder compartirla con los funcionarios de la Dirección de Redes de Servicios de Salud, porque son los encargados de darle el seguimiento más directo a las contrataciones por medio de terceros. Le parece que, efectivamente, las cooperativas plantearon algunos temas, los cuales los indicó don Adolfo, pero también propusieron soluciones y le parece que en esas opciones de solución, habría que dedicar un tiempo para analizar la propuesta que plantearon. Por ejemplo, propusieron la creación de una instancia distinta para acordar algunos temas, que no sea, necesariamente, solo un tema puramente contractual sino más de negociación. Comenta que analizando el tema, retrospectivamente, después de la sesión que se sostuvo con ese equipo expositor el pasado lunes en la sesión con los Gerentes de las Cooperativas, se produjo un cambio muy importante en la forma en que se estaba abordando el tema de la contratación por terceros, porque fue de pasar de convenios a contratos, los cuales establecen normas y procedimientos que de alguna manera, resintieron a los prestatarios de servicios. También es cierto que las cooperativas son proveedores de servicios de la Institución y en ese sentido no hay discusión. Los Gerentes propusieron unos planteamientos que le parecieron una propuesta bastante interesante, como para que esta Junta Directiva la analice, en esa lógica de que las relaciones no tienen que ser, necesariamente, tensas pero deben ser responsables por ambas partes y cree que ese es el tema que habría que mencionar. Se analizaron otros temas, por ejemplo, relacionados con el uso de la imagen Institucional con terceros. Le gustaría que una vez

que se tenga el acta, se reúnan con el equipo expositor, para discutir a profundidad esos temas y continuar dándole seguimiento al asunto.

El Dr. Fonseca señala que realmente los contratos en este momento son muy restrictivos por su origen, porque están regulados según el artículo 17° de la Ley General de Contratación Administrativa, el cual establece que se debe pagar por el costo de cada uno de los factores de producción que se utilice y el contrato, se necesita que sea formulado de tal manera que se pueda medir la producción de cada uno de esos factores. En la Institución se ha continuado siendo rígidos. También se ha tratado de aplicar las normas de producción ineficientes que tiene la Institución. Por lo que se ha conversado con la Contraloría General de la República, para determinar si es posible hacer alguna contratación de una manera diferente, es decir, con un pago distinto para que la prestación del servicio, se enfoque más a la calidad que las cooperativas están brindando y a la productividad que se tiene con los recursos que se contratan.

Señala el licenciado Gutiérrez Jiménez que los parámetros de producción, pueden ser variados en el contrato. Ciertamente ese artículo 17° de la Ley de Contratación Administrativa, muchas veces es muy restrictivo, pero tiende a creer que no va a ser tan restrictivo, como para no establecer algunas opciones de flexibilidad dentro de la calidad, no es solo flexibilizar por flexibilizar, pero cómo se logra que se flexibilice. Le parece que cambiando los parámetros de productividad. Cree que la Caja se ha ido introduciendo en un “embudo” sin querer, por las razones que sean, porque esas contrataciones han sido dinámicas. Insiste en que hay que analizar el tema con una percepción diferente y buscando opciones de solución.

Por su parte, la Dra. Climent Martín comenta la historia y origen de ese cartel. Para el año 2006 hay un DFOE, en el que la Contraloría General de la República presenta y evalúa la Caja y el servicio, dada la contratación por terceros y en ese DFOE se la exige a la Institución, mejorar el sistema de control, porque se había descontrolado y así lo indica el Ente Contralor. No es antojadiza la forma en que se elabora ese cartel, incluso, en este salón de sesiones, cuando se reúne el Consejo de la Presidencia Ejecutiva con los Gerentes, si no asistía la Subcontralora General de la República, asistía la señora Contralora y se reunía en el Consejo con los Gerentes, para revisar cómo se estaba avanzando en el tema. Se tenía la presión del Órgano Contralor y la exigencia del control en ese momento, por lo que nace ese cartel de esa manera, bajo la supervisión de la Contraloría General de la República. Prácticamente, se interviene la Gerencia Administrativa, porque era la que tenía el control de los contratos, dado que en ese momento existían unas contrataciones directas y a la Gerencia Administrativa se le suspende el control de esas contrataciones. Por lo que el Presidente Ejecutivo le indicó a la Gerencia Médica que asumiera esos contratos, a partir del año 2011. Todos esos años pasaron para que la Institución se lograra acomodar a lo que pedía el Ente Contralor. Piensa que en este momento que se está, después de toda la experiencia que se ha tenido del control, ha sido difícil, pero le ha dado credibilidad a la Caja ante la Contraloría General de la República. Se puede observar de qué manera se van flexibilizando algunos puntos y, en ese sentido, le parece que la Institución no se debe exponer ante lo que pueda señalar la Contraloría en este momento. En ese período es en el que se está en este momento, pero alrededor de diez años después, de que el Ente Contralor intervino la Institución en el tema.

Continúa la exposición el Dr. Fonseca y anota que la población para el año 2016, es de 196.947 personas, entre los tres grupos de comunidades. Esa población para el año 2020 se proyecta que alcanza a 202.996 habitantes.

Pregunta el Director Loría Chaves cuántos EBAIS está gestionando la UNIBE.

Responde el Dr. Fonseca que en San Juan-San Diego y Concepción se tienen 12 EBAIS, el Área de Salud de Montes de Oca tiene 14 EBAIS y el Área de Salud de Curridabat tiene seis EBAIS para un total de 42 EBAIS, de acuerdo con la población y la resectorización realizada.

Refiere el Sr. Loría Chaves que ese aspecto le parece importante, porque a la Junta Directiva se le había informado que había que cerrar EBAIS, porque la población había cambiado, pero en realidad hacían falta EBAIS.

Interviene la Ing. Alfaro Murillo y anota que se debe dividir el número total de personas entre los EBAIS, lo cual da 4.700 en promedio. Repite, el resultado de dividir 196.947 entre los 42 EBAIS es de 4.700 personas en promedio.

En cuanto a esos promedios, insiste don José Luis Loría que a veces puede ser que un EBAIS tenga 6.000 personas y otro 3.500 y ese es el problema.

Interviene la doctora Rosa Clíment Martín y comenta que cuando se publicó ese cartel, en el año 2013, la población que había era para 36 EBAIS y es con la cantidad de EBAIS que se está gestionando actualmente. Por lo que el Dr. Jorge Fonseca Renauld presentará una propuesta actualizada.

Pregunta el Director Loría Chaves cuánto se modificó la población en tres años.

Responde la doctora Climent Martín que habría que ese dato se le tendría que consultar al Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC).

El señor Loría Chaves le indica a doña Rosa Climent que le parece que a veces la planificación en la Caja, o más bien los funcionarios de Proyección de Servicios de Salud presentan números, por lo menos los que presentaron en esa época, indican que no estaban bien proyectados. Puede ser que sea del INEC, pero lo cierto es que en este momento de 36 EBAIS se va a pasar a tener 42 y con la Universidad de Costa Rica (UCR), se tenían alrededor de 46 EBAIS.

Sobre el particular, indica la doctora Rosa Climent indica que todavía la población sigue sin igualar el dato que se tenía en la UCR, porque se sigue teniendo menos población y esa información se tiene con proyecciones realizadas por la Dirección Actuarial.

Don José Luis indica que este es un tema complejo, porque tiene poblaciones muy grandes. Por ejemplo, le parece que en la zona de Tirrases, entonces, puede ser que como la población es migrante, no esté contabilizada. Su preocupación es que estén los servicios dados correctamente y a la cantidad de personas que corresponde.

Por su parte, el Director Gutiérrez Jiménez señala que se están sugiriendo seis EBAIS, esos se cerraron en su momento, porque de la conversación que se tuvo, se determinó que de los EBAIS que se cerraron, eran de los lugares donde más personas están necesitando. Entonces, esos usuarios de los servicios de salud migran a otro EBAIS, es decir, que sí se necesita reabrir esos otros EBAIS.

Respecto de una pregunta de la Directora Alfaro Murillo, tendiente a conocer cuántos EBAIS había, responde el licenciado Gutiérrez Jiménez que 46 EBAIS.

El Dr. Jorge Fonseca agrega que había una sobrevaloración de la cantidad de pobladores de esa zona, como sucedió con muchas otras áreas del país.

El licenciado Gutiérrez Jiménez indica que después el número de EBAIS disminuyó a 36 y, en este momento, se está elevando nuevamente a cuarenta y dos, es decir, todavía había que cerrar cuatro EBAIS de los 46.

Señala el doctor Fonseca Renault que así es.

La Ing. Alfaro Murillo pregunta si el parámetro es cuatro mil habitantes por EBAIS.

Responde la Dra. Climent que cada EBAIS está trabajando con 4.000 habitantes, incluso, esa resectorización la realizó la Dirección de Proyección de Servicios de Salud, basada en los movimientos de población también; es decir, se observa hacia dónde se está movilizandó la población dentro de los cantones. Entonces, esa información está revisada bajo esa línea y consensuada con la Dirección Actuarial y, también, se basa en los datos que proporciona el INEC y la Dirección Actuarial se basa en esa información para hacer las proyecciones, por ese aspecto, en este momento, se tienen proyecciones hasta el año 2020.

Agrega el doctor Fonseca que la ventaja de cómo avanza la tecnología, es porque esos lugares ya se tienen geo-referenciados.

Consulta don José Luis Loría si en la visita domiciliar, no se puede determinar cuántas personas hay.

Don Jorge Fonseca responde que sí, pero la información todavía no se ha incluido en la ficha familiar, es decir, todavía los datos están dispersos. Por lo que hasta en este momento, se está haciendo un esfuerzo, de incluir en el sistema la información que estaba pendiente, para poder utilizarla, apropiadamente.

La señora Presidenta Ejecutiva adiciona que se está trabajando en el tema.

El Director Loría Chaves manifiesta su satisfacción, porque le parece que la Ficha Familiar es el punto de partida.

Al respecto, señala la doctora Sáenz Madrigal que ese va a ser el punto de partida, pero con información desactualizada, no sería el tema y ese aspecto tiene unas implicaciones, pero se está trabajando para que pronto, a nivel de país; esté incluida toda la información en el sistema.

Añade el señor Loría Chaves que la información se incluiría al sistema tamizada.

Continúa la doctora Rocío Sáenz y anota que la información de donde se tienen EBAIS, porque hay zonas donde no hay.

Por su parte, el Director Devandas Brenes indica que quiere entender, porque está leyendo la propuesta de acuerdo que dice: “autorizar a la Gerencia Médica para que agilice los trámites, para el proceso de contratación que corresponda”. Entonces, su pregunta es se tiene que promover una licitación, para comprar un servicio esencial. En ese sentido, le parece que se tiene que declarar primero la inviabilidad de que la Caja no pueda prestar ese servicio, de acuerdo con el Reglamento que les rige; es decir, con lo que está establecido en el Reglamento: *“la compra de los servicios médicos o de salud a terceros, deberá en todo caso ser temporal, excepcional y contar con la previa declaratoria de inviabilidad, de conformidad con lo señalado en el artículo anterior. Por lo que previamente se deberá diagnosticar el requerimiento del servicio, para resguardar de la mejor forma la vida, o la salud de los pacientes de inmediato que se declare la inviabilidad la Junta Directiva, la propuesta en la Gerencia Médica y en el menor plazo posible, deberá optar las medidas ejecutivas y de planificación que aseguren, la prestación del servicio por parte de la Institución en condiciones de eficiencia, calidad y oportunidad. Será responsabilidad del director del Centro de Trabajo respectivo, ejecutar las medidas acordadas por la Junta Directiva y la propuesta de la Gerencia Médica, para asegurar la prestación del servicio por parte de la Caja”*. En esos términos, no se ha cumplido con el Reglamento, porque cuando se promovió esta licitación, inmediatamente, la Gerencia Médica tenía que proponer las medidas para que la Caja asumiera esa función y no lo ha hecho, porque han pasado cuatro años de contrato. Pregunta cuántos años del contrato de la Universidad Iberoamericana (UNIBE).

Responde la Dra. Climent que cuatro años.

Continúa el doctor Devandas Brenes y le indica a la señora Presidenta Ejecutiva que se respeta la legalidad o no se respeta. Si este Reglamento no se cumple, él va a ir a la Contraloría General de la República y va a plantear la denuncia correspondiente, porque aquí o hay Reglamentos o no hay. Además del Reglamento hay una política institucional, en la cual se establece, exactamente, lo mismo y no se cumple, por lo que francamente no entiende. Reitera, no está de acuerdo con este acuerdo, primero se tiene que declarar la inviabilidad por parte de la Caja de la prestación del servicio y no se está planteando en el acuerdo -demostrarse que la Caja no puede asumir esos servicios-. Pregunta cuántos EBAIS son.

El doctor Fonseca Renauld responde que son 42 EBAIS.

Pregunta don Mario Devandas cuántos EBAIS tiene la Caja en el país.

El doctor Jorge Fonseca responde que 1.000 EBAIS.

Señala el Director Devandas Brenes que significa que la Caja maneja 1.000 EBAIS y no puede manejar 42. En esos términos, necesita que se le demuestre la inviabilidad para que la Caja haga esa contratación y el Reglamento es claro.

Pregunta el Director Gutiérrez Jiménez cuál es el Reglamento.

El doctor Devandas Brenes responde que es el Reglamento para la Contratación de Servicios Médicos Especializados por Medio de Terceros, aprobado por la Junta Directiva y está vigente. Pregunta al señor Auditor cuál es la opinión de la Contraloría General de la República sobre este tipo de contrataciones. Reitera, que a su juicio, esas contrataciones son, absolutamente, antireglamentarias, no se está cumpliendo lo que establece el Reglamento, ni la política establecida por la Caja en este campo y, también, pide el criterio de la Dirección Jurídica por escrito, porque si el proceso no le convence jurídicamente. Reitera, va a ir a los órganos que tenga que ir como Miembro de la Junta Directiva de la Caja y va a plantear el asunto, porque si se permite que el Reglamento se violente en una parte, se pueden trasgredir todos los demás Reglamentos que se tengan. Le parece que es un problema de legalidad, ese es su punto de vista y lo adelanta, porque considera que el tema tiene que estar absolutamente claro. Además, comenta que no se quiso introducir en la discusión anterior pero, efectivamente, el Tratado de Libre Comercio (TLC), no permite que se hagan convenios para compra de servicios, tiene que ser contratos por medio de licitaciones y darle a todas las empresas igualdad de condiciones, ese es el Tratado que impide que la Caja siga haciendo convenios con Cooperativas, tiene que promover licitaciones y cuando abre licitaciones, no asegura que una Cooperativa vaya a ganar esa licitación y reitera, no se puede asegurar. Por ejemplo, si el día de mañana se promueve a licitación por esta vía y concursa el Hospital Metropolitano de Nueva York concursando, difícilmente, alguna institución de este país, le vaya a ganar una licitación a un hospital de esa naturaleza.

Interviene la Directora Alfaro Murillo y señala que en el Reglamento, cuando se habla de inviabilidad, como Miembro de esta Junta Directiva tiene que considerar todos los elementos que conducen a la viabilidad o no de prestar un servicio. La viabilidad desde un punto de vista de proyectos no es, únicamente, una viabilidad de carácter técnico, porque es también financiera, gerencial y administrativa. El concepto de inviabilidad es amplio en la ejecución y en la prestación de cualquier servicio, se podría ampliar la discusión y observarlo en el marco del desarrollo de proyectos, pero la viabilidad es un conjunto de ámbitos donde se analiza la posibilidad de llevar a cabo alguna actividad. En este caso en particular, la Caja Costarricense de Seguro Social gestiona más de 1.100 EBAIS, la cifra exacta son 1.120. Indiscutiblemente, el giro de negocios de esta Institución es la salud y, por tanto, tiene esa cantidad de EBAIS. Dentro de las evaluaciones de ejecución de esos EBAIS, se tienen muchos que son administrados por la Institución y son muy eficientes y otros no tanto. Entonces, esto ocurre desde su perspectiva como Directora porque la Institución es tan grande, que para la prestación del servicio, evidentemente, es natural que ocurran problemas de algún tipo de control. Adicionalmente, en el caso particular de lo que se está presentando el día de hoy, el cual es el informe de desempeño de las áreas de salud y esta renovación de contrato. Le queda claro en el cuadro N° 5, en términos de la comparación del costo proyectado entre la provisión institucional y la provisión de servicios, hay una disminución en el costo de un 13% a un 3%, ese aspecto en términos monetarios es significativo, son alrededor de mil millones de colones por año. Entonces, ese es otro elemento por un lado, porque está el tema de la eficiencia en la prestación del servicio y, por otro lado, el tema del costo. Sin embargo, el costo no sería determinante, sino fuera que la encuesta de satisfacción realizada a los usuarios del servicio, muestra que la satisfacción de los usuarios en las tres áreas de salud, están en porcentajes que superaran el 80% y alrededor del 90% en San Juan, San Diego y Concepción. Significa que hay una prestación de los servicios de

salud, la cual el usuario la percibe como buena, en algunos casos excelente por la nota, porque la calificación es de más de un 90% y en otros casos, aceptable porque la calificación es un 70%, pero en el caso la nota mínima es de un 75%. En esos términos, se conjuga dentro del concepto de lo que se está presentando hoy, el tema de que la Caja tiene muchos EBAIS administrados, pero ese aspecto no resta que se consiga una forma de hacerlo más eficiente. Como Directora del Órgano Colegiado bajo la filosofía de “buen padre de familia”, debe velar por el buen uso de los recursos financieros y una reducción del 13.3% del costo a lo largo de un año, significa que se tiene la disponibilidad de esos recursos para prestar más servicios. Podría ser, inclusive, para aumentar al número de EBAIS, porque se ha indicado que podrían estar haciendo falta en la zona, para tener una cobertura del 100% de la población y prestando una mejor atención a las personas. Insiste, que bajo esa filosofía del buen “padre de familia” o “buena madre de familia”, le hace pensar que esos recursos, le gustaría invertirlos en la ampliación del sistema y los elementos de satisfacción que aquí se muestran, en la evaluación que hace la Institución del servicio. Lo anterior, por cuanto se está indicando que hay satisfacción de parte de los usuarios de los servicios, en ese sentido, vuelve a insistir en el tema de lo que corresponde a la viabilidad y quiere que ese aspecto quede muy claro en el acta, porque la viabilidad no es solamente el hecho de que la Institución pueda hacerlo a cualquier costo, con cualquier nivel de eficiencia. La viabilidad está en la prestación del servicio y como Institución lo que se hace es contratar a un tercero, para que preste un servicio y en este caso a un menor costo de lo que podría hacerlo la Caja. La Institución en temas de costos está muy amarrada por el tema de los pluses salariales y ese aspecto, también es una realidad a voces. Entonces, ante el hecho de que no se pueden atender o disminuir el peso de la contratación del personal sobre todo médico, por los pluses salariales, esa situación les conduce a que en este caso el conjunto de EBAIS o las áreas de salud, que están siendo atendidas por terceros y contratadas por esta Institución, para prestar el servicio desde el punto de vista de número, no constituyen ni siquiera un 7% de la totalidad, es decir, el número total de EBAIS frente a la totalidad. En esos términos, es un número pequeño que se mantiene bajo ese nivel de modalidad de contratación, únicamente, por dos razones que han sido claramente esbozadas, no solamente hoy sino otro día. Para efectos del acta, corrige que la cantidad de EBAIS administrados por terceros en la prestación de los servicios de salud, es menos del 5%. Por lo que esa contratación se mantiene por dos razones, una razón la cual es fundamental porque es el costo, que le están prestando el servicio a la Caja a un menor costo, lo cual justifica y segundo, porque la satisfacción evaluada por esta Institución de los usuarios del sistema, supera notas que en otros EBAIS que tiene la Caja no lo hacen. Entonces, es una decisión que esta Junta Directiva, al amparo del Reglamento, porque en ningún momento desde su perspectiva, se estarían tomando acciones que violenten el Reglamento, dado que es esta Junta Directiva y este Órgano Colegiado debe velar, porque se tomen decisiones que estén sopesadas tanto en el ámbito de la atención; así como en el ámbito económico y en el de la gestión eficiente del servicio. Por lo que en ese conjunto de aspectos, se siente tranquila con la información que la Gerencia Médica está entregando y con los instrumentos que esta Institución, ha decidido para valorar la eficiencia, repite, se siente tranquila para tomar la decisión y está de acuerdo con el planteamiento que se está haciendo por los funcionarios de la Dirección de Redes de Servicios de Salud.

El Director Gutiérrez Jiménez indica que quiere empezar en el fondo, para luego terminar en la forma. No está dispuesto a negociar en contra de que las Cooperativas y “ojo” que está indicando Cooperativas, tengan la oportunidad de desarrollarse y de tomar más áreas y lo plantea, porque lo ha indicado muchas veces. Le parece que es una de las opciones que tiene la Caja, para

desarrollarse y para ser más eficiente, entonces, sin duda alguna son las Cooperativas, tanto así que los números no muestran una información falsa, porque se ha demostrado que son más eficientes. Lo anterior, porque hay mayor satisfacción del usuario de los servicios y sin duda, resulta que el costo es menor y aún con las productividades con que se están midiendo, porque está seguro que si se adoptan a la productividad, se van a tener resultados mucho mejores resultados en beneficio del usuario. Lo que sucede es que la Institución, por ejemplo, le ha atado las manos a las Cooperativas y de pronto, pueden atender siete pacientes y, absurdamente, se indica que son cinco, por no dar un mal ejemplo. No quiere pensar que aquí hay otras intenciones en relación con este tema y está seguro que no las hay. Comparte, absolutamente, lo indicado por doña Marielos, porque el que sea viable no es que si él puede hacerlo, sino es que si puede hacerlo y bien, ya que si no la Institución, estaría castigando a las personas a tener servicios de otra calidad y si tiene otras opciones, mediante las cuales puede otorgar mejores servicios y si ha habido un Director del sector privado, que ha indicado que no considera necesario hacer privatizaciones, ha sido él y lo quiere dejar claro para que ninguna persona le apunte mañana y le indique que está pretendiendo privatizar la Caja. Dicho lo anterior, le parece que las viabilidades se tienen que valorar y donde si cree que don Mario tiene un punto, es que si los Reglamentos existen se deben de cumplir, en ese aspecto acompaña a don Mario. La amenaza de presentar el tema ante la Contraloría General de la República, lo determina como una amenaza y tiene todo el derecho de hacerlo y ese aspecto, lo tiene sin cuidado porque el hecho de que cualquier Director o cualquier persona, vaya y lo haga; no tendría mayor sentido esperar hasta un momento de esa manera, para corregir y si lo está haciendo de buena fe y el Ente Contralor, indica que no se puede gestionar de esa manera, en buena hora. Así que la parte de la amenaza, le parece que sobra porque estima que don Mario tiene razón. Si hay un Reglamento o lo cambian o lo cumplen, porque de lo contrario, si no se ha dictado la inviabilidad se debe de dictar. La discusión es en qué términos, pero esa es otra discusión. Cree que la inviabilidad se debería presentar en la línea que lo planteó doña Marielos. Por otro lado, estima que para ser un proyecto viable, se debe considerar toda una serie de argumentaciones, pero el punto que si estima que tiene razón, es que no se ha producido la declaratoria de la inviabilidad e, independientemente, si es más reducida, más abierta o no. Otro de los aspectos que se tienen que tener claros, es que este es el órgano máximo y el preguntaría también a la parte jurídica, porque “el que puede lo más puede lo menos” y se podría pensar que si hay un Reglamento, hay que cumplirlo y si no, hay que reformarlo. En ese sentido, le parece que se no se pueden tomar decisiones, por encima del Reglamento sin que se haya modificado. En ese aspecto, es donde cree que don Mario lleva razón, porque si es como lo plantea el Dr. Devandas y don Mario es muy fino en esos aspectos, se debería indicar un momento o algo, y pedir la opinión del señor Auditor y de la Dirección Jurídica. En ese sentido, reagruparse para llamarlo de alguna manera y cumplir con lo que establece el Reglamento o bien antes de cambiar el Reglamento, si es lo que el ánimo de grupo lo pretende, porque esa es una facultad, no dice que en este momento, se plantearía pero es una facultad. Por tanto, lo que le preocupa es que siendo una opción que ha dado resultados y siendo una contratación, en la que los números no mienten, se le establezcan trabas a una contratación, que es favorable para las personas. Reitera, sí acompaña a don Mario de que la legalidad se debe de cumplir y como abogado, no podría indicar lo contrario, el Reglamento se debe cumplir y si hay un aspecto en el que no cree y se haya violentado, porque no ha habido una toma de decisión, sino que en buena hora don Mario llama la atención sobre el aspecto de forma, se deben apegar a lo que el Reglamento establece y pedir los argumentos y el cumplimiento del Reglamento tal cual, independientemente, de cuál es el fondo a esos requerimientos.

Menciona la doctora Rocío Sáenz que le comentaba a los funcionarios de la Dirección de Red de Servicios de Salud, que después de 25 años de contratación por medio de terceros y de experiencias, mayoritariamente, buenas porque ha habido puntos de mejora, tiene que indicarlo, claramente, pero son 25 años de experiencia de contratación por terceros. Cuando revisa el planteamiento que se hizo en aquella época de contratación por medio de terceros, estaba dirigido a buscar mejoras en la gestión, ese fue el objetivo de hacer la contratación por terceros, desarrollar modelos de prestación de servicios de salud y está haciendo referencia de antes de presentar este tema e, inclusive, cuando se hizo el modelo de capitación, cuando se empezó en la Clínica de Coronado, así como en Pavas, se planteó una necesidad de buscar una nueva forma de gestión. Entonces, se planteó el tema de la contratación por terceros y surgió el asunto de las Cooperativas, repite, después de 25 años, esa modalidad de contratación se fue ampliando y ya no fueron solo Cooperativas, sino fue la Empresa Privada y la Universidad de Costa Rica. En este momento, se tiene una contratación con la UNIBE, es decir, se tiene también una diversidad de proveedores. Hace poco se revisó el tema de los convenios con las cooperativas, en el sentido de que son 28 años, se preguntaba si después de ese tiempo, al principio eran convenios y convenios de cooperación en que se pagaba por los servicios, así que no era que no se pagaban y desde el principio se observó el tema de una relación, pero bajo la figura de convenio. Cuando se produjo el cambio dado el TLC, la Contraloría General de la República modificó y planteó el tema de los contratos y fue necesario apegarse a la Ley General de Administración Pública, en términos de que cuando la Institución no pueda prestar el servicio, tiene que recurrir a la inviabilidad. No obstante, después de 28 años de contratación bajo esa modalidad de servicios, cree que esta Institución tiene que revisar si cada cuatro años, o cada tres años va a tener que estar declarando la inviabilidad o toma una política clara o contundente, en el sentido de que va a promover esos modelos en ciertos parámetros. Piensa que ese es el tema de discusión. Recuerda que cuando se elaboró el Plan Estratégico Institucional (PEI), el tema se discutió en la Junta Directiva y fue un acuerdo de todos los Miembros de Junta Directiva, que la contratación por terceros era buena y no se tenía por qué “satanizar”, porque es una opción que tiene la Institución y la Caja está obligada a utilizar todos los mecanismos que tenga, para hacer la gestión más eficiente, mejor y buscar opciones, es decir, la Institución tiene la potestad y tiene el deber de buscar mejoras. Personalmente, tiene que indicar que después de 28 años, considera y no está hablando de contratación de estos servicios, porque se trata de los laboratorios y las farmacias que tienen más de 20 años de estar en contrataciones por vía de la inviabilidad. Entonces, se preguntaba si realmente es un tema de inviabilidad, o es una política que la Institución asume con responsabilidad, en el sentido de buscar mecanismos y estrategias de gestión que deben ser evaluables. Lo que ha encontrado es que aquella contratación que nació como una innovación, en este momento se ha institucionalizado y se quiere que se parezca cada vez más, a lo que hace la Institución. Entonces, qué es lo que se va a querer como Junta Directiva, promover modelos distintos de gestión, o aprender y evaluarlas, para luego analizar si son buenas contrataciones o no, o si se pueden duplicar o extender o simplemente institucionalizar esa forma de contratar y le parece que ese es el tema de fondo. Para el tema concreto del día de hoy, el cual se relaciona con la UNIBE, considera que hay normas y procedimientos que están vigentes y se tiene que ser respetuosos de esas Normas y, por lo tanto, si hay una omisión en el momento de presentar el documento y en la presentación, en la que se sobreentiende el tema de la inviabilidad, le parece que ese aspecto se debe subsanar.

Al licenciado Gutiérrez Jiménez le parece que una vez más, hay un tema de fondo y de forma. En el asunto de forma, considera que don Mario tiene toda la razón en el procedimiento y en la

forma. Entonces, se debe subsanar aquellos aspectos no estén acordes con el Reglamento y el tema de fondo, es que esta Junta Directiva va a tener que plantearse la necesidad de definir qué modelo quiere, porque partiendo del supuesto de indicar que las Cooperativas son o no una opción que se quieren a futuro. Insiste en que indica Cooperativas, porque ese modelo, por lo menos a él le satisface, entonces, si las Cooperativas son un modelo que se quiere seguir, se tiene que modificar e indica todo, no se refiere al Reglamento sino a todos aquellos aspectos, tendientes a definir, si ese modelo es el que se quiere. En ese sentido, sean congruentes con que la Norma, las Políticas y los Reglamentos se ajusten, ahora, si no lo quieren o no lo pueden hacer, está bien pero que se considere que esa discusión se tiene que dar y lo antes posible.

El Director Alvarado Rivera indica que está de acuerdo como se ha resumido el tema hasta aquí, pero las consideraciones y las implicaciones que tiene es significativo y se está refiriendo a que el asunto, va más allá de la Institución porque en el momento en que se firmó el TLC, existe un concepto que se denomina Trato Nacional y ese aspecto, implica que todas las empresas nacionales o internacionales que quieran participar en una licitación, deben de ser tratadas bajo las mismas condiciones, es decir, no puede haber ninguna diferenciación. Entonces, ese concepto de convenios y de particularidades específicas, porque sean Cooperativas o no o Empresas se acabó. Hay una tabla rasa que empieza a partir de la firma del TLC y el trato a todas las instituciones debe ser por igual. Cree importante que, efectivamente, se tome la decisión de cuál es el criterio que se va a seguir como Institución, amparado bajo los criterios jurídicos establecidos de las nuevas formas, porque aquí se pueden querer “misa”, pero de repente, alguna persona puede interponer un recurso, por estar actuando en contrario a las disposiciones legales establecidas en la apertura comercial. En esos términos, cree que tiene que quedar muy claro y es una discusión realmente de fondo, porque se relaciona con el futuro de la Institución y que es lo que se quiere y cómo, con esos nuevos conceptos. Cree que todavía el país sigue queriendo tener una serie de institucionalidades y hoy tienen que salir competir, pero además, se tienen ataduras de la contratación administrativa y se les quiere imponer impuestos y aplicarles otros tributos, que lo que hace es restarle competitividad a las Instituciones, para que enfrenten la apertura comercial. Entonces, estima que esa discusión hay que tenerla de fondo en esta Institución, para determinar cuál es la lógica que va a seguir. En algún momento lo indicó y lo repite, se tiene legislación de la que hoy se presentó en la mañana de los años 1940 y 1948 y se pretende que con el cambio de “Política de Desarrollo de País”, se siga operando igual y esa situación es inviable, es decir, no hay forma de hacerlo porque estaba pensada para una vida nacional y un desarrollo nacional distinto al de hoy. En esos términos, le parece que esa discusión hay que tenerla, para que la ciudadanía también tome y esté clara de que se tomó una decisión, en un momento y tiene una consecuencia que va a ser “X” o “Y”, pero todas las personas tienen que estar enteradas, porque no quiere ser el responsable y se vaya a indicar que esta Junta Directiva, promovieron o indujeron a una situación que no se quería, porque se tiene que dar una discusión en el tema. Lo que sucede para él, es que no se ha dado la discusión, la cual se ha estado presentando hace tiempo y no solo en la junta Directiva, sino en todos los foros y en diferentes formas, porque se sigue queriendo gestionar a como se hacía antes, pero con las condiciones distintas y así no se puede.

Sobre el particular, indica don Adolfo Gutiérrez que hasta en este momento se está haciendo referencia del tema.

Indica el licenciado Alvarado Rivera que este punto se está mencionando hasta ahora, pero forma parte de la revisión que en buena hora, se está haciendo con la mejora regulatoria de los reglamentos, porque no solo es eliminar trámites para que los procedimientos se hagan, sino es para determinar cuál es la razón de ser de cada uno de los procedimientos y los reglamentos que existen en la Institución. Lo anterior, por cuanto hay situaciones que son ilegales en la Institución, en función de que se tiene un Reglamento que se aplica o ya no se debe aplicar, porque la legislación se transformó y hoy se siguen abrigando en el Reglamento en contra de la Ley, por ejemplo, la Ley N° 8220 y este es un caso igual, es el Reglamento está vigente, existe y hay que acatarlo o hay que derogarlo, pero esa discusión es la que se debe dar. Igual cree que hay que revisar el asunto muy de fondo y le parece que si se va a declarar la inviabilidad, hay que hacerlo de manera muy clara, muy contundente para que se tengan los instrumentos técnicos que les permita hacerlo, para después tomar una decisión; porque antes igual no estaría de acuerdo, en tomar hoy ningún acuerdo, ni ninguna decisión con ese impedimento legal que se tiene, porque por lo menos no le queda claro. Entiende la posición de doña Marielos y se podría tener como consideraciones sustantivas, porque son de atención al paciente y es el objetivo principal, pero las implicaciones legales y jurídicas que se pueden tener y el “pasar por encima” de un Reglamento, ha observado situaciones más sencillas que han cometido otros jefes y la Contraloría General de la República, ha vertido todo el peso de la Ley sobre ellos, los ha “aplastado” y no quiere que le suceda lo mismo.

El Director Devandas Brenes considera que si se plantea la discusión general, ya será ese el escenario para dar una discusión sobre el fondo del tema. En este momento, no va a entrar a discutir si hay eficiencia o eficacia en la prestación de los servicios, o son costos más bajos, porque este no es el momento para hacerlo. El Reglamento se dictó en el año 2000 y está vigente y no señala solo la declaratoria de inviabilidad, en el sentido de que la Institución no pueda, circunstancialmente, dar un servicio sino que expresamente dice: *“la compra de los servicios médicos o de salud por terceros, deberá en todo caso ser temporal, excepcional y contar con la declaratoria de inviabilidad y, además, indica que en el momento en que la Junta Directiva, tome el acuerdo de declarar la inviabilidad, la propuesta de la Gerencia Médica y en el menor plazo posible, deberá optar las medidas ejecutivas y de planificación que aseguren la prestación del servicio, por parte de la Institución y, también, dice que un funcionario que no cumpla con el Reglamento, asume las responsabilidades y la Junta Directiva está obligada a abrirle un proceso al funcionario que no cumpla con esta normativa que está aquí”*. Es lo que establece el Reglamento que está vigente. En esta Junta Directiva se han declarado inviabilidades “extrañas” para él y ha votado algunas, por ejemplo, una inviabilidad material que no se pudiera suministrar el alimento a los pacientes del Hospital de Alajuela, porque había que remodelar la cocina y llama la atención que es uno de los hospitales más nuevos del país, además, fue construido sin lavandería y sin cocina y cuando ha preguntado, se le contesta que fue un error, cómo puede aceptar una contestación de esa naturaleza. Repite, se construye un hospital sin lavandería, le parece que, eventualmente, había un negocio ya de por medio, por lo que se tenía que declarar que era inviable, porque había que contratar un servicio para lavar la ropa, como hubo que contratar una empresa para que le venda la comida a los pacientes y le están pagando además, el dinero a los funcionarios; porque como no se les puede dar la alimentación en el Hospital se les paga para que coman afuera y ese fue un acuerdo de la Junta Directiva y lo votó, porque no se podía dejar a los pacientes sin comer. Cree que el debate si es importante y, como ejemplo, menciona un aspecto que ha indicado y lo vuelve a mencionar, esta Institución contrata reclutadores de personal que no son otra cosa más, como ilustración, contratan para los que

manejan los expediente médicos. Las cooperativas y esas empresas brindan un servicio, pero contratar a una empresa para que contrate, como ejemplo, a la secretaria y se le pone al servicio del médico en el Hospital, porque es la que maneja el expediente médico y el hospital le asigna el horario, le controla el trabajo, la entrena, la capacita y en el momento del pago, se le paga a la empresa que la contrató, para que contrate la secretaria y le pague. Esa situación le parece que es una vulgaridad y se denomina tráfico de trabajadores y se justifica de una manera extraña. Esa situación no puede entenderla, ha sido consecuente en esta Junta Directiva y a su disgusto, ha votado a favor de las jornadas extraordinarias, para resolver las listas de espera, se paga una cantidad significativa de dinero y lo ha estado votando, porque se trata de resolverle un problema de los pacientes, incluso, ha estado aquí defendiendo que si la formación de especialistas no le resuelve de manera satisfactoria en una universidad pública, está de acuerdo que se contrate en una universidad privada o de otra naturaleza. En ese sentido, no tiene prejuicios, pero si le parece que es importante que se haga el debate y si este Órgano Colegiado considera que se debe reformar ese Reglamento, que lo reforme. Se harán las discusiones y se analiza el fondo del tema. Apunta su posición no es por mortificar a ninguno de los funcionarios que están presentes, ni mucho menos a la Dra. Villalta, pero es que cuando se argumenta que un EBAIS que está en manos de terceros, es más eficiente que uno que maneja la Caja. Repite, no es por mortificar, personalmente, ningún funcionario, a él como Gerente le daría una gran pena, como explica esa situación, porque no hay ninguna razón. Se le tiene que explicar por qué y qué medidas se tienen que tomar para que el EBAIS de la Caja, sea tan eficiente como cualquier otro, porque el problema no es solo de costos, dado que se indica que de satisfacción de los pacientes, pero por esa vía de costos y de satisfacción, no va a entrar ahora a este debate, sino que se promueva la licitación, el Hospital México o el Hospital Calderón Guardia o el Hospital San Juan de Dios, tal vez el costo sea más bajo y las personas quedan más satisfechas. En ese sentido, se pregunta cuál es el límite porque hay un EBAIS, es una Clínica, otra es un área de salud, es una Farmacia, cuál es el límite, a donde se detiene el proceso, a dónde se indica que es prudente o si no es prudente. Reitera, ese debate hay que propiciarlo y, ciertamente, hay que involucrar a la población y a la comunidad, para que las personas conozcan que el tema se está discutiendo en la Junta Directiva y, también, que puedan opinar, qué es lo que quieren de la Caja del Seguro. Esta es una discusión vieja, porque leyó el Proyecto de Constituyente que envió la Junta de Gobierno de Reforma a la Constitución Política del año 1949 y ya se planteó el tema de los servicios por empresas privadas, fue rechazada esa reforma por constituyentes, teóricamente, conservadores que habían ganado el constituyente del año 1949 y mantuvieron la Reforma Constitucional que decretó el Dr. Calderón Guardia y quedó, la cual hoy se alabó en la sesión de la mañana. El debate es viejo pero está bien que se produzca y si aquí, la Junta Directiva decide que se va a contratar los servicios por medio de terceros para los EBAIS, para los Hospitales, para lo que quieran, se establece en el Reglamento y se analizará, incluso, desde el punto de vista jurídico, si es constitucional o no es constitucional, si se puede, hasta donde o no. Repite, que se haga un debate, pero por el momento hay un Reglamento que está vigente, el cual es clarísimo y no solo en decir que no se puede hacer, sino que si no se puede hacer es excepcional y que, inmediatamente, se tienen que tomar las medidas para que la Institución brinde los servicios por su propia cuenta. Ahí está el Reglamento y por ese aspecto insiste, en que le gustaría y no lo quiere presionar, sino que la Auditoría por escrito les dé un dictamen sobre el asunto, así como la Dirección Jurídica, le emita un dictamen para conocer a qué atenerse. Esa es su posición sobre el tema.

La Gerente Médico se refiere a lo que habla don Mario, en términos de que desde la semana pasada, está escuchando la contratación por medio de terceros y no coincide, plenamente, en que la contratación puede ser más eficiente en algunas áreas, pero la Caja también tiene áreas eficientes, por ejemplo, el Área de Salud de Acosta con las limitaciones que tiene, en el lugar donde está ubicado, está en uno de los mejores lugares y más altos de las Cooperativas con funcionarios de la Institución. En este momento se está analizando el nivel de satisfacción, pero no se está analizando tampoco que cuando se hace un contrato por 4.000 habitantes y hay lugares como el EBAIS de Coronado que es el más grande que tiene diez mil habitantes. Los usuarios del servicio no pueden tener el mismo nivel de atención y así está establecido, para presentarse el tema ante la Junta Directiva. Entonces, cuando se hacen los cálculos económicos, es a otras personas a las que les compete defender esa parte, si los servicios resultan menos costosos que los de la Caja, pero no entraría en ese detalle, porque no tiene las competencias para hacer análisis financieros.

Interviene el doctor Devandas Brenes y le indica a la doctora Villalta Bonilla, que ella está dando una información crucial en el tema de la evaluación, porque cuando se presentan temas de esa naturaleza en la Junta Directiva los comparan.

La doctora Rocío Sáenz le indica a don Mario que ha respetado su uso de palabra y le parece que ha sido en exceso y en la sesión, algunos Miembros de la Junta Directiva, están esperando que se les otorgue el uso la palabra.

Al respecto, le indica don Mario a la señora Presidenta Ejecutiva que en exceso hablan otros Miembros del Órgano Colegiado y nunca les solicita silencio, pero a él sí. Solicita respeto, pidió una pequeña interrupción a la doctora Villalta para señalar un punto crucial, al que doña Marielos también ya se había referido, porque es el problema de la evaluación pero no interrumpe más. Le agradece a la doña Rocío Sáenz la interrupción que le permitió.

El Director Loría Chaves señala que el planteamiento de don Mario en términos de lo que está establecido en ese Reglamento está claro, es decir, hay que analizar el tema de la inviabilidad. Le parece que lo más importante es iniciar este debate lo antes posible. Cree que es importante que en esta Institución, a partir de la Junta Directiva quede clara la Política de Contratación por Terceros, además del Reglamento porque es del criterio de que esta Institución tiene mucha cantidad de contratos con terceros. De todas las naturalezas, tipos y con toda las personas, puede señalar que existen contratos con Farmacias, Laboratorios, Software, Tecnología, Ambulancias, Equipos Médico, Archivo, Vigilancia, Aseo y puede seguir mencionando. Cree que la Junta Directiva no conoce la dimensión que se tiene de contratación por terceros, la Junta Directiva no es consciente de esa situación y estima que debería de ser conocedora en este tema. En ese sentido, estima que sería bueno determinar cuál es la dimensión que se tiene en contratación por terceros, observar la naturaleza de esa contratación, porque no todas son iguales y determinar las justificaciones de esas contrataciones. Considera que cuando observa la necesidad o la inviabilidad, o lo que sea de contratación por terceros, a veces siente que, posiblemente, en algunos aspectos, se podría revertir y, como ejemplo, tuvo una experiencia con la Farmacia de la Clínica de Palmares hace alrededor tres años. Sin embargo, también siente que si calcula la cantidad de personas que está en contratación por terceros, posiblemente, habrá más de 3.000 funcionarios. La otra pregunta es que si están dispuestos a que sea al infinito, para la Caja es un tema que forma parte de la discusión y crecer hacia el infinito, es la misma discusión y no se

puede separar. Por otro lado, cuando tiene conocimiento de situaciones que publicó ayer Canal 7, respecto de una denuncia, dado que a una paciente se le otorgó una cita para dentro de cinco años, la cual es una Mamografía y, luego, va a otro lugar de la Caja y le indican que tiene un cáncer “horrible”, es cuando indica que ese tema es también parte de la discusión. Comenta que conoce una trabajadora de Coopecaja con 20 años de edad y por habersele realizado un ultrasonido un año después, el cáncer estaba totalmente desarrollado, entonces, está incapacitada esperando el Yodo Radiactivo. Cuando suceden esas situaciones lo que siente es que hay una necesidad de discutir el asunto en toda su profundidad, no dice que para ampliarlo, sino para indicar que en el tema de las Imágenes Médicas, se ocupa contratar por un período de seis meses y se resuelvan todos los casos pendientes. Es una posibilidad porque no se pueden tener los pacientes, en las circunstancias que están actualmente. Cuando un paciente llega a un establecimiento de salud de la Caja y no obtiene una cita y otro paciente que tiene una cita a las 7:00 a.m. y lo atienden a las 9:00 a.m., significa un irrespeto para el paciente, por ejemplo, cuando la cita es en un centro contratado por terceros, es atendido puntualmente, a las horas que está establecida la cita. Ese aspecto es respetar al paciente, es al revés, esta discusión de la contratación por terceros, que de por sí ya algunos Directores, habían hablado de la necesidad de empezar a discutir las políticas de contratación por ese mecanismo, repite, es una discusión que se tiene que dar y el tema debe quedar muy claro, porque esa discusión es más profunda de lo que se imaginan. Cree que si le preguntan que esa contratación tiene que ser temporal, iba a sugerir discutir la temporalidad de los contratos, pero si le dicen que hay que contratar para salvar personas, es decir, salvar vidas y contratar por terceros, temporalmente, para que se resuelva la situación, hay que hacerlo también y en esta Junta Directiva siente que hay mucho temor para analizar el tema. Comenta que a veces cuando se pagan, incluso, las jornadas de producción dentro de la Institución, le parece que muchas veces reina el temor para indicarle a cualquier privado, haga 50.000 ó 100.000 mamografías y resuelva esos procedimientos en tanto tiempo y puede ser que prevalezca esa situación. Entonces, la discusión que se tiene pendiente, hay que darla por el bien de los asegurados en primer lugar. Por supuesto en este tema se tiene un compromiso con las Cooperativas, porque además significa que con las Cooperativas de Autogestión, donde los dueños son los trabajadores porque hay Cooperativas, también de que son empresas como la Dos Pinos, en ese sentido, hay una serie de matices que discutir. Sin embargo, entiende bien que el TLC establece que no puede haber convenios, porque las contrataciones tienen que ser concursadas y en la oferta puede entrar, el menos deseable, puede ser en una ocasión determinada, porque es el papel que se desempeña el mercado. Sí sería bueno que se analice el tema de la inviabilidad, a la luz del Reglamento y le parece que se debería también, tener un informe de todos los contratos por terceros que hay en esta Institución. De manera que se observe la dimensión real y, también, discutir la Política de Contratación por Terceros, profundamente, en esta Institución.

Recuerda la Dra. Rocío Sáenz que la doctora Villalta tiene dos temas más para presentar, además está la presentación de un asunto, en el cual deberían estar presentes todos los Directores. También hay un tema de la Gerencia de Logística, relacionado con una contratación y los Miembros de la Junta Directiva habían solicitado que sea expuesto. En ese sentido, pregunta hasta donde se va a extender esta discusión.

La doctora Rosa Climent señala que si se observa la diapositiva siguiente, contiene el tema de la inviabilidad y sería importante que se le diera la oportunidad de presentarla al doctor Fonseca, de

manera que se conozca que el asunto lo habían discutido don Jorge Fonseca y ella. Entonces, si se explica el tema, a lo mejor se evite que el tema se presente en otra sesión de la Junta Directiva.

El Dr. Fonseca Renauld continúa con la presentación y refiere que a partir de esos números, los cuales le parece que quedaron muy claros, porque los señores Directores se refirieron a esa información, se plantearon la posibilidad de dos escenarios. El primer escenario es aquel en que la Caja asume la provisión de servicios de salud para Montes de Oca, Curridabat, San Juan, San Diego y Concepción de la Unión de Cartago. Desde el punto de vista técnico no existe ningún impedimento institucional, para que la Caja asuma esas áreas de salud, excepto porque implicaría la creación de todas las plazas y en diez años, se tendría que llenar esa necesidad correspondiente a alrededor de 560 plazas, las cuales son las que se requerirían. Además, habría que contratar en tiempo record, los edificios y los equipos necesarios para la provisión de los servicios de salud. El tiempo que resta es de un año y medio para el vencimiento del contrato, por lo que desde ese punto de vista, se determina que se dificultaría realmente la constitución de esos elementos, es decir, en el tiempo que les queda. Sin embargo, existiría la posibilidad de solicitarle a la Contraloría General de la República, un aval para prolongar el tiempo necesario, de modo que la Institución pueda implementar, alguna solución correspondiente para asumir los servicios de salud de esas comunidades. Esa situación porque se conversó con los funcionarios de la Contraloría General de la República, e indicaron que si la justificación era apropiada por parte de la Caja, estarían dispuestos a ampliar el plazo, pero que esa decisión debería garantizar que en ese tiempo, realmente se alcance la meta que se han propuesto. Sin embargo, desde el punto de vista de las políticas institucionales vigentes en este momento, esta decisión sería de la Política Institucional de Compra de Servicios por Terceros.

Respecto de una inquietud del Dr. Devandas Brenes, indica el doctor Fonseca Renauld que la decisión de proveer, directamente, los servicios por parte de la Caja.

Consulta el Director Devandas Brenes si esa decisión es contraria a la política.

Don Jorge Fonseca indica que en el sentido de que se estableció como una opción, porque todavía no se ha demostrado que sea mala, dado que sigue siendo buena.

Señala el doctor Devandas Brenes menciona que la política que tiene es otra, porque la que se le envió no la conoce.

Por su parte, el Director Gutiérrez Jiménez considera que seguir en esa discusión hoy, es insulsa no porque no sea interesante, sino porque precisamente lo que han dicho varios Directores, se va a tener que es sano y correcto dejar la discusión de fondo. En este momento se tiene el tema de forma, por lo menos cree que don Mario tiene la razón en la parte de forma, la parte de fondo no sabe, porque no la han discutido. Repite, lo sano le parece que es dejar la discusión, hay una solicitud de un Director al señor Auditor y a la Dirección Jurídica, para que por escrito lo presenten, para no analizar ese tema en este momento. Luego, si esta Junta lo decide así, se tenga una discusión de fondo como lo planteaba don José Luis, don Mario y algunos Miembros del Órgano Colegiado. Prefiere que se detenga la discusión, agendar el tema como se considere oportuno y la administración, empiece a valorar todas las discusiones que se produjeron, para justificar si es que no ha habido inviabilidad, se determine y se ha hecho ya ese análisis en la presentación, también y se presente, luego, a consideración de la Junta Directiva lo que

corresponda. Cree que se le está dando vueltas al tema sobre lo mismo hoy día y todavía quedan varios temas por presentarse. Entonces, para colaborar con la señora Presidenta Ejecutiva en el manejo de la agenda.

La doctora Sáenz Madrigal indica que el señor Subauditor le está indicado que está preparado para hacer el comentario.

El Lic. Sánchez Carrillo señala que respondiendo a la consulta que don Mario, específicamente, formula que este es un tema muy complejo y la Junta Directiva tiene potestades y competencias para decidir sobre el gobierno de la administración de los Seguros Sociales, de conformidad con el artículo 73° de la Constitución Política. No obstante, este es un tema en el cual, como Auditoría se tiene algún grado de inhibición, para referirse a los aspectos relacionados con planteamientos de orden ideológico y de orden político, porque insiste la Junta Directiva tiene toda la potestad de conocer. Sin embargo, lo que ha escuchado le parece que es importante la apertura de ese debate para también definir, la posición que la Junta Directiva, finalmente, va asumir sobre un tema de tanta complejidad. Lo que sí les da la Ley de Control Interno a las Auditorías Internas, es de referirse a los aspectos de legalidad y a los aspectos de eficiencia, eficacia y de continuidad, en la prestación de los servicios públicos de salud. En este caso y en tercer lugar, lo que es la protección del patrimonio institucional. En el primer elemento que es lo de la legalidad la Caja suscribió el 18 de noviembre del año 2013, fue un Contrato con la Universidad Iberoamericana (UNIBE), asumiendo esta última a manera de proveedor los servicios de administración de 36 EBAIS y tres áreas de salud de Montes de Oca, Curridabat y San Juan, San Diego y Concepción de la Unión de Cartago, pero parte de ese tema, también revisando los documentos, referente al asunto; el artículo 36° de la sesión N° 8658 celebrada el 29 de agosto del año 2013, la Junta Directiva acuerda: *“con base en todos los elementos expuestos en cuanto a la contratación directa concursada y dado el cumplimiento administrativo técnico y legal, así como la determinación de la razonabilidad del precio por la parte de la Contabilidad de Costos, la Junta Directiva acuerda adjudicar a favor del Consorcio Hospital Universitario UNIBE”*. Este acuerdo de la Junta Directiva se basa en un criterio que emite la Gerencia Médica, mediante el oficio N° GM-8455 en el que se avala el cartel de la contratación, para la provisión de servicios de salud en los EBAIS y Áreas de Salud de Montes de Oca, entre otros. Aparte de ese aspecto, también existe un aval jurídico que se otorga por parte de la Dirección Jurídica, específicamente, por el Lic. Jairo Rodríguez Villalobos, para efectos de fundamentar el acto del acuerdo de la Junta Directiva. Finalmente, al respecto, existe también la autorización de la Contraloría General de la República, emitida mediante la resolución N° DCA-0165, mediante la cual el Órgano Contralor, señala que *“se autoriza a la Caja Costarricense de Seguro Social, la realización de una contratación directa concursada, para contratar los servicios médicos en el Primer Nivel de Atención de Salud, con la finalidad de atender a las Áreas de Salud San Juan, San Diego, Concepción de Cartago, Montes de Oca y Curridabat, por un plazo de cuatro años y hasta por un monto anual de siete mil millones de colones. Debe señalar, finalmente, que este contrato empieza a regir a partir del 18 de noviembre del 2013.*

Aclara el Director Devandas Brenes que no le preguntó a la Auditoría sobre la legalidad de esa contratación, repite, esa no fue la pregunta, sino sobre la declaratoria de inviabilidad y lo que implica.

Indica la señora Presidenta Ejecutiva que la Auditoría contestó sobre el asunto, pero le parece que en el Órgano Colegiado lo que se ha planteado es un análisis a mayor profundidad.

La Ing. Alfaro Murillo acota que su planteamiento era que, precisamente, que el contrato de la UNIBE inició en el año 2013 y en todo ese proceso que se dio al final de ese año. No obstante, en el año 2014 se inicia el proceso de contratar nuevamente mediante esta modalidad, entonces, iba a preguntar, ciertamente, cuál era el período sobre el que ejercía ese contrato, pero ya le contestó la Auditoría que por cuatro años y se tiene una autorización para prorrogarlo.

El doctor Devandas Brenes indica que no es una autorización para prorrogar el contrato, porque es improrrogable.

Señala la Directora Alfaro Murillo que es para ejecutar el contrato, porque tiene un plazo, entonces, bajo ese esquema es improrrogable a menos que se vuelva a demostrar y se declare la inviabilidad. En ese sentido, ya de alguna manera la inviabilidad fue demostrada en el proceso anterior y hay un espacio de tres años, para continuar pero su preocupación y donde solicita que cualquier decisión que se tome sea rápida, es en el tema de la continuidad de la prestación de los servicios. Reitera, su preocupación es esa continuidad en la prestación de los servicios, porque el hecho de que se modifique el modelo, es una discusión que se tendrá que dar, pero hoy cualquier decisión que sea, lo único que quiere es que se le diga que la prestación de los servicios continúan, sin ningún problema hasta que se tome la decisión que corresponde.

La señora Presidenta Ejecutiva señala que quiere asumir la moción que planteó don Adolfo Gutiérrez, porque parece que ha quedado claro que la discusión es que hay que regresar y revisar. En ese sentido, se va a tener que revisar el tema de la inviabilidad, el tema del Reglamento y se vuelve a presentar el asunto, se va a hacer la discusión de fondo, para dejar el tema hasta aquí y continuar con el asunto.

El Director Gutiérrez Jiménez cierra el tema diciendo que a nombre del sector patronal, quieren ratificar lo que indicó doña Marielos Alfaro, en el sentido de que, independientemente, los devenires que se relacionan con esos permisos, prórrogas, autorizaciones, nuevas licitaciones o el mecanismo que se estime conveniente y en vista de que el tema pareciera que va a traer consecuencias. Le rogaría a la administración y de hecho valdría la pena tomar un acuerdo, en ese sentido de que se tomen todas las precauciones necesarias, para estar listos por cualquier situación, con la suficiente diligencia para poder garantizar el servicio a los usuarios de esos 42 ó 36 EBAIS, porque no conoce en este momento cuales EBAIS están incluidos en esa contratación. Le parece que ese aspecto es, independientemente, de la discusión que se dará en esta Junta Directiva. El asunto tiene que quedar muy claro, porque un aspecto no va con el otro, dado que, independientemente, de la discusión y de las resoluciones que se tomen, lo que no puede estar en riesgo es el servicio y, en ese sentido, rogaría que se tomara un acuerdo para instruir a la administración, mientras se definen todas estas situaciones, para que en esos términos garantice el servicio o por lo menos que quede claro que el sector privado, y lo indica que sector privado porque no puede hablar por el resto de los Directores, pero está seguro de que recoge, también, el ánimo del interés de esta Junta Directiva que sea así.

La doctora Sáenz Madrigal comenta que quiere interpretar que el doctor Fonseca y la doctora Climent, estaban presentado, precisamente, porque en aras de asegurar la continuidad de los

servicios, estos son procesos que no se llevan tres meses y por ese aspecto, se agendó el tema en esta sesión, lo que quiere decir es que la administración ha actuado diligentemente.

El licenciado Gutiérrez Jiménez acota que conforme se vaya a ir desarrollando una discusión y sabiendo cómo es la situación en la Institución, que se tenga un Plan b) es muy importante.

**Por consiguiente**, se tiene a la vista el oficio número GM-SJD-20671-2016, fecha 25 de octubre del 2016, firmado por la señora Gerente Médico que, en lo conducente, literalmente se lee así:

#### **“RESUMEN EJECUTIVO**

La Gerencia Médica y la Dirección de Red de Servicios de Salud presentan la evaluación del desempeño de las Áreas de Salud Montes de Oca, Curridabat y San Juan-San Diego-Concepción, administradas por UNIBE, contrato N°2013-000001-00 Contratación Directa N°2013CD-000061-05101, años 2014-2015, para el conocimiento de la Junta Directiva.

Además, contiene este informe la recomendación para que la Junta Directiva autorice un nuevo concurso para la provisión de servicios de salud en estas Áreas de Salud mencionadas, para el período que va de febrero del 2018 hasta febrero del 2024, en el entendido de que si se autoriza una nueva contratación, la misma sea por 6 años prorrogables a 4 años más (en total 10 años), ya que el contrato actual vence el 17 de febrero del 2018.

Lo anterior según el oficio DRSS-FISSCT-2704-2016 de fecha 25 de octubre del 2016, que a la letra indica:

#### ***“(...) Desempeño de las Áreas de Salud Montes de Oca, Curridabat y San Juan-San Diego-Concepción, años 2014-2015***

##### ***a) Antecedentes***

- *A través de oficio P.E.55947-12 del 18 de diciembre del 2012, la C.C.S.S. solicita aval a la Contraloría General de la República para realizar concurso para una contratación directa concursada, el objeto de la contratación será los servicios médicos en el primer nivel de atención de salud en Curridabat, Montes de Oca y San Juan-San Diego y Concepción de la Unión de Cartago.*
- *En oficio DCA-0165-2013 del 23 de enero del 2013, la Contraloría General de la República autoriza a la C.C.S.S. a realizar dicho concurso para la contratación supra mencionada, el aval se da para que esta contratación se realice por un plazo de 4 años a partir de que se gire la orden de inicio y hasta por un monto de **€7.390.200.000,00**.*
- *En la sesión 8658 artículo 36 del 29 de agosto del 2013, la Junta Directiva de la C.C.S.S. adjudica al Consorcio conformado por el Hospital Universitario UNIBE S.A. y la asociación Universitaria de Iberoamérica, las Áreas de Salud de Montes de Oca, Curridabat y San Juan-San Diego y Concepción de la Unión de Cartago. Monto adjudicado **€4.904.635.550,00**, según el estudio de razonabilidad de precios, realizado por el Área de Contabilidad de Costos para la Contratación Directa Concursada 2013CD-000061-05101:*

6. De acuerdo con lo expuesto y bajo los supuestos sobre los cuales se estructuró este estudio la oferta presentada por la empresa UNIBE se encuentra dentro de límites de razonabilidad, mientras la cotización de la empresa ASEMECO resulta excesiva debido a que el monto cotizado es superior al costo institucional y mayor al precio ofertado por la empresa UNIBE para el Área de Salud de Curridabat, la adjudicación del mismo a la empresa ASEMECO implicaría desembolsos financieros adicionales para la Institución.

- *El concurso realizado para la prestación de servicios de salud en el primer de atención Áreas de Salud de Montes de Oca, Curridabat y San Juan-San Diego-Concepción de la Unión de Cartago, se realizó mediante el Sistema de Compras Electrónicas Compra Red del Ministerio de Hacienda.*
- *La orden de inicio, se da a través de oficio DRSS-FISSCT-0560-2014 del 14 de febrero, donde se estipula el inicio a partir del 17 de febrero del 2014.*

**b) Objeto de la Contratación Directa N°2013CD-000061-05101**

*Contratación para la provisión, administración y gestión de servicios integrales de salud en primer nivel de atención a las poblaciones adscritas a las Áreas de Salud de Montes de Oca, Curridabat y San Juan-San Diego-Concepción, por parte del(los) contratista(s), con base en la sectorización emitida por la Dirección de Proyección de Servicios de Salud.*

*Tres líneas adjudicadas, según los siguientes términos.*

<i>Línea</i>	<i>Área de Salud</i>	<i>Nivel de Atención</i>	<i>Servicios a contratar</i>
<i>Línea 1</i>	<i>Área de Salud de Montes de Oca</i>	<i>Primer Nivel</i>	<i>Servicios integrales de acuerdo a la oferta Básica del primer nivel de atención</i>
<i>Línea 2</i>	<i>Área de Salud de Curridabat</i>	<i>Primer Nivel</i>	
<i>Línea 3</i>	<i>Área de Salud San Juan-San Diego y Concepción de la Unión de Cartago</i>	<i>Primer Nivel</i>	

**c) Desempeño de las áreas de salud Montes de Oca, Curridabat y San Juan San Diego-Concepción de la Unión de Cartago, 2014-2015**

*El desempeño de las Áreas de Salud que administra la UNIBE, se sustenta actualmente, en la evaluación que realiza la Dirección Regional de Servicios de Salud Central Sur de las metas anuales del Plan Anual y de la evaluación anual que realiza la Dirección de Compras de Servicios de Salud de las Intervenciones Estratégicas.*

*Los resultados obtenidos en los años evaluados, pueden observarse en el cuadro siguiente:*

*Cuadro 1  
Desempeño de las áreas de Salud que administra la UNIBE  
CCSS, 2014 – 2015*

PROVEEDOR	CONTRATOS	Área de salud	Evaluación Metas Estratégicas 2014 DCSS	Evaluación Metas del PGL 2014 DRSSCS	Nota final ponderada	Evaluación Metas Estratégicas 2015 DCSS	Evaluación Metas del PGL 2015 DRSSCS	Nota final ponderada 2015
UNIBE	Contratación Directa 2013CD-000061-05101	Curridabat	94,12%	78,80%	81,86%	97,10%	95,20%	95,58%
		Montes de Oca	88,28%	87,50%	87,66%	92,30%	95,20%	94,62%
		San Juan-San Diego-Concepción	85,01%	80,50%	81,40%	95,70%	97,80%	97,38%

*Es importante, observar la mejoría lograda por las Áreas de Salud comparando el año 2014 con el año 2015, puede decirse, que el año 2014 es el resultado esperado por cambio de proveedor en estas Áreas de Salud y el consiguiente tiempo requerido en la curva de aprendizaje. Conllevó este resultado, no solo la implementación de los servicios de salud, sino también la penetración y la sensibilización de este nuevo proveedor en estas comunidades.*

*Además, es importante mencionar que en respuesta a recurso de revocatoria presentado por el proveedor sobre los resultados del Plan Presupuesto del año 2014, se está en proceso de ajuste de las metas de los indicadores revocados, posterior a revisión y análisis realizada por el Área de Estadísticas en Salud, por lo que el porcentaje de cumplimiento puede variar para el año 2014, una vez que se realice dicho ajuste.*

***d) Percepción de satisfacción de las personas usuarias de los servicios de salud, según la encuesta del 2015 Áreas de Salud administradas por UNIBE***

*La Dirección Institucional de Contralorías de Servicios de Salud en el año 2015, realizó la Encuesta de Satisfacción de los Usuarios en las Áreas de Salud de Montes de Oca. Curridabat y San Juan-San Diego-Concepción, dando como resultado los resultados que se observan en el siguiente cuadro:*

*Cuadro 2*  
*Satisfacción de los Usuarios en las Áreas de Salud de Montes de Oca, Curridabat*  
*y San Juan-San Diego-Concepción*  
*CCSS, 2015*

Área de Salud	Elementos Tangibles	Confiabilidad	Capacidad de Respuesta	Certeza, Seguridad y Confianza	Empatía	% de Satisfacción General
San Juan-San Diego- Concepción	92.06	82.51	88.53	91.45	90.10	88.93
Montes de Oca	88.52	78.84	84.86	89.29	83.98	85.10
Curridabat	80.04	74.84	81.57	82.39	79.31	80.04

*Si bien es cierto, los resultados pueden considerarse dentro del rango de “satisfactorio”, aún quedan muchas áreas de mejoría en relación a la satisfacción de los usuarios.*

**e) Comportamiento del gasto 2014-2016 sin incentivos médicos**

*En el siguiente cuadro, se observa cómo se comportó el gasto en las Áreas de Salud administradas por UBIBE, se apega a los desembolsos realizados según las facturas presentadas por el proveedor ante la Dirección de Red de Servicios de Salud y guarda relación directa con monto adjudicado y a sus reajustes semestrales.*

*Cuadro 3*

COMPORTAMIENTO DEL GASTO PROVEEDORES EXTERNOS DE SERVICIOS DE SALUD				
PARTIDA 2188 "CONTRATACION DE SERVICIOS MEDICOS, FARMACEUTICOS Y DE LABORATORIO"				
PERIODO 2014-2016				
(En millones de colones)				
PROVEEDORES EXTERNOS DE	2014	2015	2016	
A.S. Curridabat	1.890.163.397,28	1.950.297.458,10	1.972.356.799,81	
A.S. Montes de Oca	1.670.384.332,28	1.723.312.558,51	1.742.195.984,68	
Área de Salud San Juan-San Diego-Concepcion	1.601.801.501,95	1.652.367.725,67	1.670.467.976,90	
<b>TOTAL GENERAL</b>	<b>5.162.349.231,51</b>	<b>5.325.977.742,28</b>	<b>5.385.020.761,39</b>	
Crecimiento 2014-2015=	3,08			
Crecimiento 2015-2016=	1,11			

*Fuente: Mayor Auxiliar Dirección de Presupuesto*

*Debe aclararse que hasta ahora, no se ha pagado lo correspondiente a incentivos médicos, según lo ordenado por la Sala Constitucional, ya que, funcionarios de la UNIBE presentaron ante la Dirección de Red de Servicios de Salud su pretensión de pago, la cual incluye no solo los incentivos de la Ley 6836, sino también otros de los incentivos que la CCSS paga a sus trabajadores, por esa razón se les rechazó la propuesta. La UNIBE, interpuso un contencioso administrativo contra la C.C.S.S., por lo que se está en el proceso judicial, según corresponde.*

***1. Recomendación sobre nuevo concurso para la prestación de servicios de salud en las Áreas de Salud de Montes de Oca, Curridabat y San Juan San Diego-Concepción de la Unión de Cartago.***

*Como antecedente importante para la toma de la decisión en este caso, debe considerarse que la compra para la provisión de servicios de salud en las comunidades de Montes de Oca, Curridabat y San Juan-San Diego-Concepción de la Unión de Cartago, por parte de la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) inicia en mayo de 1999 en Tirrases. En el año 2000 se extiende a todo el cantón de Curridabat, en el 2001 al cantón de Montes de Oca y al distrito de San Ramón y, por último, en el año 2002 a Concepción, San Juan y San Diego, lo anterior, a través de un convenio con la Universidad de Costa Rica. Se da como respuesta a la necesidad en ese entonces, de llevar los servicios de salud a comunidades necesitadas donde la C.C.S.S. no contaba con la capacidad instalada para asumir dichos servicios.*

*Dicho antecedente, indica que la C.C.S.S. tomó desde hace ya 17 años, la decisión de comprar servicios en esta zona de la capital, además de que como se presentó anteriormente, los habitantes muestran estar satisfechos con el servicio prestado actualmente.*

*Otro dato importante a considerar, es que los servicios a prestar estarán dirigidos a la población proyectada por la Dirección Actuarial, según Área de Salud, que se detalla en el siguiente cuadro:*

**Cuadro 4**  
**Población de las Áreas de Salud de Montes de Oca. Curridabat**  
**y San Juan-San Diego-Concepción**  
**Dirección Actuarial CCSS, 2016 y 2020**

<b>POBLACION SEGÚN ACTUARIAL CON RESECTORIZACION MAYO 2016</b>		
<b>Area de Salud</b>	<b>2016</b>	<b>2020</b>
Montes de Oca	67074	68168
Curridabat	74268	76684
San Juan-San Diego-Concepción	55605	58144

*Fuente: Dirección Actuarial CCSS*

*De acuerdo al dato de población según área de salud, se propone que las Áreas de Salud Montes de Oca y San Juan-San Diego-Concepción sean tipo 1 y el Área de Salud de Curridabat sea tipo 2, según los prototipos aprobados por la Junta Directiva.*

*Para ello se estima el número de EBAIS, el número de funcionarios, el número de Sedes para núcleos de EBAIS y Sedes de Áreas de Salud, así como que para Curridabat se tendrá que contar con servicio de Rayos X y servicio de urgencias, además de incluir especialidades médicas básicas, según el siguiente desglose:*

Área de Salud	N° de EBAIS	N° de Funcionarios Aproximado	Sedes para Núcleos de EBAIS	Sedes de Área de Salud	Servicio de Rayos X	Servicio de Urgencias
San Juan-San Diego-Concep.	12	<b>120</b>	3	1	0	0
Montes de Oca	14	<b>132</b>	4	1	0	0
Curridabat	16	<b>167</b>	5	1	1	1
<b>Total</b>	42	<b>419</b>	12	3	1	1

*Ahora bien, para recomendar a la Junta Directiva si continuar o no contratando con un tercero, también es importante tener claro el escenario económico presente y futuro de la provisión de servicios de salud en estas áreas de salud, por lo que en primera instancia se realizó un ejercicio en el cual se compara el costo proyectado para el año 2016 según contratación actual con la UNIBE, sumándole a este costo para hacerlo comparativo con la institución, los montos estimados por incentivos médicos y el costo por la fase analítica de las muestras de laboratorio versus el costo si la C.C.S.S. hubiese prestado el servicio con recurso humano y físico propio, a continuación se detalla:*

**a) Comparación del costo de las Áreas de Salud / Caja vs Proveedor externo, año 2016**

*En ambos casos, se excluyó lo correspondiente al costo de los materiales y suministros almacenables ya que así fue como quedó estipulado en el cartel, tal que, los cálculos realizados por el Área de Contabilidad de Costos (ACC) en el año 2013 “Informe de razonabilidad de precio”, tomó como base dicho cartel, al igual que el proveedor.*

*Es así y en aras de llevar a la Junta Directiva datos actuales, que el ACC actualizó los datos del informe de razonabilidad de precio del año 2013 y trae el costo de las tres Áreas de Salud al año 2016, oficio ACC-1353-2016/SACCI-*

1524-2016, lo que facilitó la elaboración del ejercicio de comparación entre ambos escenarios analizados.

En el cuadro 4, el escenario de las Áreas de Salud en administración por la UNIBE, está compuesto por el gasto proyectado de la UNIBE para el 2016, además, se le incluye el costo correspondiente al recurso humano destacado en el Hospital San Juan de Dios, el cual realiza la fase analítica de las muestras biológicas que ingresan al laboratorio clínico y lo referente al costo por incentivos médicos (Incentivos de la Ley N°6836), el dato se toma de la propuesta que funcionarios de la UNIBE presentaron ante la Dirección de Red de Servicios de Salud y que representa la pretensión de pago para los rubros incluidos en la ley mencionada:

**Cuadro 5**  
**Comparación del Costo proyectado entre la provisión institucional y la provisión de servicios por terceros a la población de las áreas de salud cubiertas por la UNIBE**  
**Año 2016**  
**(En millones de colones)**

Área de Salud	Escenario 1 *Costo CCSS asume los servicios	Escenario 2 administración actual Costo UNIBE + costo fase analítica de exámenes de lab.** + incentivos médicos***	Diferencia	Porcentaje de variación
Montes de Oca	2.296,0	1.949,0	-347,0	-15,0%
Curridabat	2.440,0	2.215,2	-225,7	-9,2%
San Juan-San Diego- Concepción	2.223,6	1.868,6	-355,0	-16,0%
<b>TOTAL</b>	<b>6.959,6</b>	<b>6.032,8</b>	<b>-927,7</b>	<b>-13,3%</b>

\*Oficio ACC-1353-2016/SACCI-1524-2016

\*\* Dato suministrado por el Área de Contabilidad del HSJD

\*\*\* Dato según reclamo de la UNIBE

Se desprende del cuadro N° 4, que la razonabilidad del precio en el informe del Área de Contabilidad de Costos de acuerdo a lo establecido en el cartel para la Contratación Directa Concursada en el año 2013, sigue siendo válido a la fecha, o sea el costo para la C.C.S.S., es mayor si se asumen los servicios institucionalmente.

**b) En base a lo anterior se proponen dos escenarios**

**Escenario N°1**

***La C.C.S.S asume los servicios en las Áreas de Salud de Montes de Oca, Curridabat y San Juan San Diego-Concepción de la Unión de Cartago***

*Es importante indicar que desde el punto de vista técnico, no existe impedimento para que la institución asuma estas áreas de salud, se está a año y medio de tiempo, para que finalice el contrato actual con UNIBE, período en el cual, si se definiese que la institución asumirá los servicios, las instancias técnicas podrían organizar la logística de este proceso, tomando en cuenta que se deben planificar tres áreas de salud, que en total tendrían 42 EBAIS y un aproximado de funcionarios de 419. Además, de que se tendrá en primera instancia que alquilar la infraestructura correspondiente para tres Sedes de área de salud y entre 12 a 14 sedes para los núcleos de EBAIS, con el correspondiente equipamiento.*

*De considerarse insuficiente el tiempo anotado en el párrafo anterior, para asumir las áreas de salud, es viable solicitar el aval ante la Contraloría General de la República para prorrogar el contrato actual con la UNIBE, por un período prudencial, tal que durante el período avalado se comprometa la institución a implementar lo correspondiente para asumir los servicios de salud en esas comunidades.*

**Escenario N°2**

***La C.C.S.S compra los servicios a un proveedor externo para la provisión de los servicios de salud en las Áreas de Salud de Montes de Oca, Curridabat y San Juan San Diego-Concepción de la Unión de Cartago***

*Considerando el tiempo que conlleva un concurso, como lo es una licitación pública y en el momento en que se encuentra la ejecución del contrato N°2013-000001-00 Contratación Directa N°2013CD-000061-05101, la Dirección de Red de Servicios de Salud considera que es necesario a la brevedad posible, iniciar los trámites para un nuevo concurso público para contratar la provisión de servicios de salud integrales en las áreas de salud de Montes de Oca, Curridabat y San Juan San Diego-Concepción de la Unión de Cartago, tomando en cuenta lo que continuación se detalla:*

1. *Que según acuerdo de Junta Directiva de la sesión 7997 artículo 11 de fecha 06 de octubre del 2005 “Política de la Caja Costarricense de Seguro Social para la provisión de servicios de salud por medio de proveedores externos (terceros)”, que en el considerando indica:*

*“(…)*

- Ningún mecanismo para la provisión de servicios de salud que adopte la Caja debe poner en riesgo el cumplimiento de su función social, de manera que toda decisión debe estar debidamente razonada y garantizar la continuidad,*

*seguridad, calidad en la prestación directa o por medio de terceros, de estos servicios.*

- *La definición de los fines y medios para el cumplimiento de su función social, es una potestad constitucional que depende de un fundamento de conveniencia y necesidad institucional en la selección del medio más adecuado para satisfacer las necesidades de la población y el interés público en cada oportunidad.*
- *Que el derecho a la salud es uno de los pilares del desarrollo social de Costa Rica. Por lo que siempre que se encuentre de por medio garantizar su protección, la Caja estará obligada a acudir a los medios jurídicamente procedentes para evitar o disminuir al máximo los efectos negativos sobre las poblaciones protegidas.*
- *La enunciación de una política en la provisión de servicios de salud por medio de terceros, más que constituir un fin en sí misma, pretende regular los principios fundamentales que permitan la satisfacción del interés general, bajo un uso racional y adecuado de los recursos financieros disponibles”.*

*Además indica la política:*

*(...)*

*“ La provisión de los servicios de salud por proveedores externos deberá estar amparada en una determinación de la necesidad o calificación de la insuficiencia o inexistencia de la capacidad resolutive de la red de servicios institucional, en salvaguarda de la oportunidad y eficiencia necesaria para atender la demanda existente, conforme al grado de urgencia y necesidad que se demuestre en cada caso concreto, en el estudio técnico y financiero que debe ser realizado para sustentar la toma de decisiones.*

*Clasificación de los servicios a contratar por Terceros*

*(...)*

*1.1 Servicios esenciales o sustanciales: Lo conforman aquellos servicios que responden o derivan directamente de función esencial encargada a la Caja, cuya ejecución resulta la razón de ser de la de la entidad, de manera que su supresión, disminución o desviación afectan directa y sustancialmente el cumplimiento de su función social:*

*(...)*

*b) Servicios de atención Integral a la Salud: Conjunto de actividades que se desarrollan para la administración y prestación de servicios integrales de salud de un primer nivel de atención en Áreas de Salud y EBALS, de acuerdo con el modelo de atención integral en salud, normativa y política institucional vigente*

*(...)*

*1.2 Servicios auxiliares o accesorios: (...) vigilancia, aseo, mantenimiento, jardinería y otros de naturaleza similar.*

*Requisitos previos*

*Toda contratación de servicios de salud que se brinde por medio de terceros, definidos anteriormente, deberá cumplir con los siguientes pre-requisitos:*

- a) *Responder a un objetivo predefinido por las instancias técnicas competentes de la institución, que identifiquen el carácter estratégico o excepcional, y plazo de la compra en cada oportunidad.*
- b) *Declaratoria de inviabilidad comprobada por parte de la unidad administrativa que genere la compra de los servicios a terceros, que evidencie con claridad, los aspectos de organización administrativos o jurídicos que impiden a la administración brindarlos directamente en cada caso concreto.*
- c) *Existencia de un estudio técnico-financiero en el cual se identifique la necesidad y el análisis de las alternativas pertinentes en donde se especifique al menos:*
  - *Fundamento técnico de la necesidad del servicio a contratar.*
  - *Estimación del costo proyectado durante la vigencia del contrato y fuente del financiamiento que se utilizará en la contratación.*
  - *Instancia técnica y administrativa encargada de la verificación, fiscalización y evaluación cuantitativa y cualitativa de la ejecución del contrato respectivo.”*

2. *Que la compra para la provisión de servicios de salud en las comunidades de Montes de Oca, Curridabat y San Juan-San Diego-Concepción de la Unión de Cartago, por parte de la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) inicia en mayo de 1999 en Tirrases. En el 2000 se extiende a todo el cantón de Curridabat, en el 2001 al cantón de Montes de Oca y al distrito de San Ramón y, por último, en el año 2002 a Concepción, San Juan y San Diego, lo anterior, a través de un convenio con la Universidad de Costa Rica. Respondió, a la necesidad en ese entonces, de llevar los servicios de salud a comunidades necesitadas donde la C.C.S.S. no contaba con la capacidad instalada para asumir dichos servicios.*

3. *Que a raíz de diferencias entre la C.C.S.S. y la Universidad de Costa Rica en el año 2012, la Universidad en diciembre del mismo año, comunica a la Caja su retiro como proveedor de servicios de atención integral de salud, por lo que la Caja tuvo que solicitar aval a la Contraloría General de la República para realizar una contratación directa concursada, para brindar la provisión de servicios de salud en las comunidades de Montes de Oca, Curridabat y San Juan-San Diego y Concepción de la Unión de Cartago.*

4. *Que una vez que se contó con el aval de la Contraloría General de la República, se inició el concurso el cual culmina con el acuerdo de la Junta Directiva de la sesión 8658 artículo 36, del 29 de agosto del 2013, donde se adjudica al Consorcio conformado por el Hospital Universitario UNIBE S.A. y la asociación Universitaria de Iberoamérica, las Áreas de Salud de Montes de Oca, Curridabat y San Juan-San Diego y Concepción de la Unión de Cartago, Contratación Directa Concursada 2013CD-000061-05101, por un período de 4 años **no prorrogables.***

5. *Que para los años 2014 y 2015, las instancias técnicas institucionales encargadas de la evaluación anual, han determinado el buen desempeño de las Áreas de Salud administradas por la UNIBE. Se logró mejorar la cantidad y la calidad de las consultas dadas a los habitantes adscritos a dichos centros asistenciales, además, se mejoró la accesibilidad a los servicios, entre otros.*

6. *Además, que la Dirección Institucional de Contralorías de Servicios aplicó en Consulta Externa de las Áreas de Salud en mención en el año 2015, la encuesta de satisfacción de los usuarios, la misma se ponderó según el modelo SERVQUAL. Según el resultado de la misma, las tres áreas estuvieron dentro del rango 89%-80%, lo cual indica, que los usuarios manifestaron estar satisfechos con el servicio brindado.*

**c) Comparación del costo estimado si la CCSS asume los servicios Vs. costo estimado durante la vigencia de un contrato. Estimación a 5 años a partir del año 2018**

*Se realiza a continuación, la proyección del costo para la C.C.S.S. si asumiera los servicios a partir del 2018, en el supuesto de que se produzca un aumento en promedio de un 3% anual, similar al proyectado por el BCRR y a lo observado con el IPC e IPS a nivel nacional y bajo el supuesto que se asuman los servicios como actualmente están contratos.*

*De nuevo, se aclara que los escenarios presentados, no contienen el costo de los materiales y suministros almacenables, para ambas partes, ya que en el cartel como en la oferta que sirven de base para este análisis, se excluyeron.*

**Cuadro N° 6**

**Escenario N°1**

*La C.C.S.S. **asume** los servicios en las Áreas de Salud de Montes de Oca, Curridabat, San Juan-San Diego-Concepción  
Proyección del costo\* en el Período 2018-2023  
(En millones de colones)*

ACC-1353-2016/SACCI-1524-2016 (20 Set 2016)	Año 2018	Año 2019	Año 2020	Año 2021	Año 2022	Año 2023
A.S. Curridabat	2.436	2.509	2.584	2.662	2.741	2.824
A.S. Montes de Oca	2.588	2.666	2.746	2.828	2.913	3.000
A.S. San Juan-San Diego-Concepción.	2.359	2.430	2.503	2.578	2.655	2.735
<b>Total por año</b>	<b>7.383</b>	<b>7.605</b>	<b>7.833</b>	<b>8.068</b>	<b>8.310</b>	<b>8.559</b>

*Fuente: Propia DRSS*

*Seguidamente puede observarse la proyección del costo para el escenario N°2, o sea si se contratará el servicio por parte de la C.C.S.S. a un tercero, bajo el supuesto que se asuman los servicios como actualmente están contratados y además tomando en cuenta que en los últimos 5 años el comportamiento de la inflación ha sido a la baja, esto aunado a la Política Monetaria implementada por el BCCR y viendo el comportamiento reciente (últimos 16 meses) del país, así como la proyección realizada por el BCCR en el último programa macroeconómico (2016-2017), todo hace pensar que la inflación no supere el 3%. Ahora bien, el comportamiento del crecimiento del gasto de las Áreas de Salud (2014-2016) ha sido en promedio de 2,1% (con tendencia muy cercana al comportamiento nacional) y paralelo se observa que el IPS acumulado (índice de precios servicios) a agosto 2016 es de un 2,85%, por lo que para efectos de proyección en este caso, se utiliza el indicador observado de crecimiento de las Áreas de Salud, es decir, el 2,1%.*

*Cuadro N° 7  
Escenario N° 2*

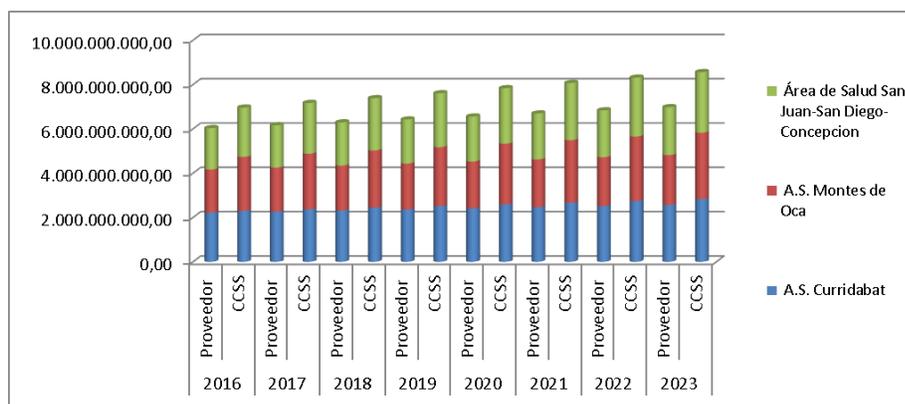
*La C.C.S.S. contrata los servicios en las Áreas de Salud de Montes de Oca, Curridabat, San Juan-San Diego-Concepción  
Proyección del costo\* en el Período 2018-2023  
(En millones de colones)*

	<b>Año 2018</b>	<b>Año 2019</b>	<b>Año 2020</b>	<b>Año 2021</b>	<b>Año 2022</b>	<b>Año 2023</b>
A.S. Curridabat	2.309	2.358	2.407	2.458	2.509	2.562
A.S. Montes de Oca	2.032	2.074	2.118	2.162	2.208	2.254
A.S. San Juan-San Diego-Concep.	1.948	1.989	2.030	2.073	2.117	2.161
<b>Total por año</b>	<b>6.289</b>	<b>6.421</b>	<b>6.556</b>	<b>6.693</b>	<b>6.834</b>	<b>6.977</b>

*Fuente: Propia DRSS*

*Obsérvese que al comparar los datos presentes en el cuadro N° 6 con los del cuadro N° 7, se evidencia que el costo es menor si se contratan los servicios a través de un tercero, hecho que también se había descrito por el Área de Contabilidad de Costos (ACC) en el año 2013 en su informe de razonabilidad de precio para Contratación Directa N°2013CD-000061-05101.*

**Gráfico N° 1**  
*Estimación del costo proyectado C.C.S.S. Vs. Contratación del Servicios en las Áreas de Salud de Montes de Oca, Curridabat, San Juan-San Diego-Concepción*  
 Período 2018-2023  
 (En millones de colones)



## CONCLUSION

La Gerencia Médica tomando en consideración lo anteriormente señalado y teniendo que la Caja tiene una imperiosa necesidad de velar por la satisfacción del fin público, por lo que le corresponde, según la competencia que le ha sido asignada a nivel constitucional, específicamente en el artículo 73 de la Carta Magna, garantizar el derecho a la salud y la vida que se desprende el numeral 21 de la Constitución, siendo estos, bienes jurídicos supremos que merecen especial la protección en un plano real y palpable en la vida diaria de los habitantes. Así como también según lo dispuesto en el artículo 1° de la Ley Constitutiva de la Caja, respecto de la competencia institucional en materia de servicios asistenciales en salud.

Aunado a lo anterior, se evidencia una necesidad de garantizar la continuidad de los servicios de salud, para la satisfacción del interés público, por tal razón considera este despacho que dicha situación se enmarca dentro del fin último del Derecho Administrativo que es el interés público, por lo que de acuerdo a la competencia delegada constitucionalmente, corresponde a la Caja Costarricense de Seguro Social, el gobierno y la administración de los seguros sociales, dentro de los cuales encontramos lo relacionado con la prestación de servicios médicos asistenciales para la población; en tal sentido la jurisprudencia constitucional ha establecido: “(...), el régimen de seguridad social es también un pilar fundamental del sistema democrático nacional, al encontrar su sustento en el artículo 73 de la Constitución Política. De conformidad con dicho ordinal es la Caja Costarricense de Seguro Social la institución llamada a brindar tal servicio público, debiendo instrumentar planes de salud, crear centros asistenciales, suministrar medicamentos, dar atención a pacientes entre otras cosas, para lo cual cuenta no solo con el

*apoyo del Estado, sino además con el aporte económico que realiza una gran parte de la población”<sup>1</sup>.*

Por ello, se considera procedente continuar con la provisión de los servicios de salud de dichas áreas, para lo cual se requiere el aval de la Junta Directiva para iniciar con los trámites de un nuevo concurso público para contratar los mismos, ajustando las mismas a los prototipos de las Áreas de Salud aprobadas por la Junta Directiva.

Además se considera que la instancia técnica y administrativa encargada de la verificación, fiscalización y evaluación de la ejecución contractual sea la Dirección Regional de Servicios de Salud Central Sur ...”,

y **se toma nota** de que, conforme con lo deliberado, la Gerencia Médica, con el concurso de las instancias pertinentes, analizará el asunto y presentará la información correspondiente, en una próxima sesión.

El doctor Fonseca Renauld, la doctora Climent Martin y la licenciada Darcia Carranza, se retiran del salón de sesiones.

Ingresan al salón de sesiones la doctora Dominicque Guillén Femenías, Directora a.i., y el doctor Juan Carlos Esquivel Sánchez, Jefe del Área de Planificación del Recurso Humano del CENDEISS (Centro de Desarrollo Estratégico e Información en Salud y Seguridad Social).

### **ARTICULO 32º**

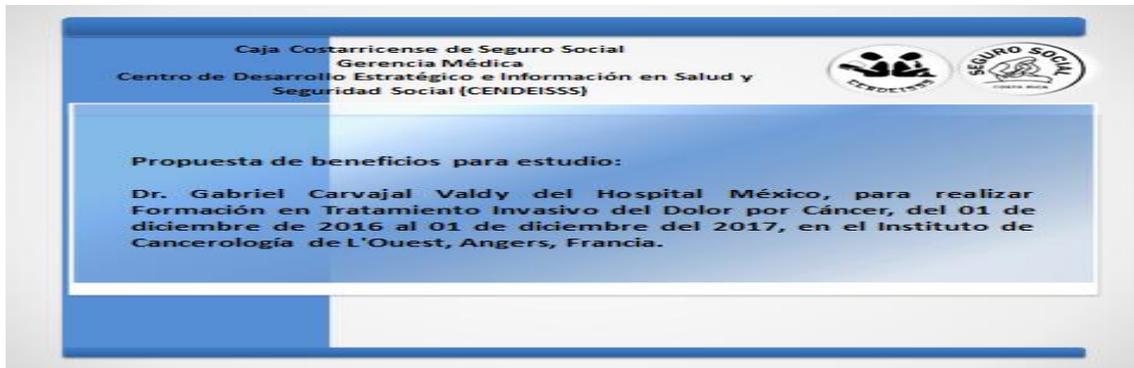
Se presenta el oficio N° GM-SJD-20670-2016, de fecha 21 de octubre del año 2016, que firma la señora Gerente Médico, que contiene la propuesta de beneficios para estudio a favor del Dr. Gabriel Carvajal Valdy, Médico Asistente en Medicina Paliativa del Hospital México, para realizar una estancia formativa en tratamiento invasivo del dolor por cáncer, del 1º de diciembre del año 2016 al 1º de diciembre del año 2017, en el Instituto de Cancerología de L’Ouest Francia.

La presentación está a cargo del doctor Esquivel Sánchez, con base en las siguientes láminas:

i)

---

<sup>1</sup> Sala Constitucional de la Corte Suprema de Justicia. Resolución No. 10361 del 24 de julio de 2007. En igual sentido ver resoluciones No. 11172-2007, 11575-2007, 11906-2007, 3125-2008, 5402-2008, 9744-2008.



ii)

Funcionario	Beneficios Esperados	Beneficio Económico	Propuesta de Acuerdo
Propuesta de beneficios para estudio del Dr. Gabriel Carvajal Valdy, Especialista en Medicina Paliativa del Hospital México, para realizar Formación en Tratamiento Invasivo del Dolor por Cáncer, del 01 de diciembre de 2016 al 01 de diciembre del 2017, en el Instituto de Cancerología de L'Ouest, Angers, Francia	<p>En Costa Rica se diagnostican cerca de 7000 casos de cáncer anualmente. De estos casos el 90% cursan sin dolor, pero para el restante 10% de los casos no existe dentro de la CCSS, alternativas de tratamiento invasivo para el dolor por cáncer.</p> <p>En este sentido, la actividad propuesta vendrá a fortalecer la gestión de la CCSS, específicamente del Hospital México, con respecto a técnicas de alivio de dolor que a pesar de su demostrada eficiencia en casos seleccionados, no forman parte actualmente de la oferta terapéutica en Costa Rica, tales como:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Analgesia intratecal.</li> <li>2. Bloqueos neurotóxicos de la cadena simpática toracolumbar.</li> <li>3. Radiofrecuencia de nervios periféricos.</li> <li>4. Vertebroplastías y cementación de metástasis.</li> <li>5. Estimulación de cordones posteriores.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Permiso con goce de salario del 01 de diciembre del 2016 al 01 de diciembre del 2017.</li> <li>1. Pago de tiquetes aéreos ida y vuelta por un monto de \$499,00 (cuatrocientos noventa y nueve dólares exactos).</li> <li>1. Pago de seguro médico por un monto de \$400,00 (cuatrocientos dólares exactos) por año.</li> </ol> <p>Compromiso contractual con la CCSS de 06 años.</p>	<p>La Gerencia Médica en oficio GM-FJD-2067-2016 del 21 de octubre de 2016 con base en la recomendación del CENDEISS, confirmó al oficio CENDEISS-SABPE-10037-16 con fecha del 07 de octubre de 2016 y los criterios técnicos examinados, recomienda a la Junta Directiva aprobar la solicitud de beca favor del Dr. Gabriel Carvajal Valdy según se detalla a continuación:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Permiso con goce de salario del 01 de diciembre del 2016 al 01 de diciembre del 2017.</li> <li>2. Pago de tiquetes aéreos ida y vuelta por un monto de \$499,00 (cuatrocientos noventa y nueve dólares exactos).</li> <li>3. Pago de seguro médico por un monto de \$400,00 (cuatrocientos dólares exactos) por año.</li> </ol> <p>Monto total: €22.668.382,38</p>

El permiso con goce de salario lo asume la unidad de trabajo del solicitante.  
Queda entendido que no se realizará la sustitución del beneficiario por el tiempo de estudio.

El Dr. Juan Carlos Esquivel Sánchez se refiere a la solicitud de beneficios para estudios del Dr. Gabriel Carvajal Valdy, del Servicio de Cuidados Paliativos del Departamento de Oncología del Hospital México. El doctor está solicitando un permiso con goce de salario, tiquetes aéreos y seguro médico, para hacer una formación en Francia; la cual se relaciona con un tratamiento invasivo del Dolor por Cáncer. El período es un año a partir del 01 de diciembre del 2016 al 01 de diciembre del 2017.

Ante una consulta del Director Loría Chaves responde el Dr. Esquivel Sánchez que es un médico especialista en Cuidados Paliativos. Comenta además que en esta especialidad de Cuidados Paliativos el Hospital San Juan de Dios, pertenece al Servicio de Oncología, lo que se quiere es llegar a ofrecer una oferta terapéutica.

Pregunta la señora Presidenta Ejecutiva si es un médico del Hospital San Juan de Dios o del Hospital México.

Corrige el Dr. Esquivel Sánchez que es del Hospital México y la oferta terapéutica incluiría Anestesia Intrafecal, bloqueos neurolíticos de cadena simpática toracolumbar, frecuencia nervios periféricos, vertebroplastías y estimulación de los cordones posteriores, que son cordones

nerviosos que son propiamente técnicas para el manejo del dolor del paciente con cáncer. El beneficio que solicita, por ser un año de estancia afuera los tiquetes y el pago de seguro médico, lo que sería un monto total de veintidós millones quinientos cincuenta y ocho mil trescientos ochenta y dos punto treinta ocho para un compromiso contractual de nueve años.

Pregunta el señor Loría Chaves que esta materia, le parece muy sensible en el país sobre todo los cuidados paliativos. Pregunta si cuándo ese especialista regrese al país, está más obligado a dar capacitación para el resto de los Centros de Cuidado Paliativo, o solamente va a brindar la atención en el Hospital México.

Responde el Dr. Esquivel que el Dr. Carvajal trabaja solo en el Hospital México, entonces, sería para el Centro lo que sí se solicitó, que cuando van a hacer alguna estancia formativa en el exterior que la capacitación se replique.

Sobre el particular, al señor Loría Chaves le gustaría que quedara un acuerdo de esa naturaleza, porque es importante.

Ante una consulta del Director Devandas Brenes, responde la doctora Dominicque Guillén que el médico al llenar el formulario de beca, se compromete a replicar la formación, pero el Dr. Carvajal Valdí pertenece al Posgrado de Cuidados Paliativos, por lo que de alguna manera estaría dando formación.

El Director Loría Chaves opina que ese es el problema. Le parece que sería bueno un segundo acuerdo, en el que el Dr. Carvajal Valdy, esté comprometido a dar capacitación a las unidades, porque cree que esos conocimientos que pueden ser con conferencias, o una serie de capacitaciones con las personas y todas las Unidades de Cuidados Paliativos, la Institución sí tendría un mayor impacto en este tema y le gustaría que quedara plasmado.

La doctora Sáenz Madrigal indica que con un acuerdo adicional, para la respectiva coordinación con el Centro de Cuidados Paliativos.

**Por lo tanto**, se tiene a la vista el oficio suscrito por la señora Gerente Médico, que número GM-SJD-20670-2016, del 21 de octubre del año en curso, habiéndose hecho la presentación pertinente por parte del doctor Juan Carlos Esquivel Sánchez, Jefe del Área de Planificación del Recurso Humano del CENDEISSS (Centro de Desarrollo Estratégico e Información en Salud y Seguridad Social) y con base en la recomendación de la doctora Villalta Bonilla, la Junta Directiva –por mayoría, dado que vota negativamente el Director Alvarado Rivera- **ACUERDA** aprobar a favor del doctor Gabriel Carvajal Valdy, Médico Asistente Especialista en Medicina Paliativa del Hospital México, beca -según en adelante se detalla- para que realice una Formación en Analgesia Invasiva en Dolor por Cáncer, en el Instituto de Cancerología del Oeste de Francia (Institut de Cancérologie de l'Quest Francia), en Francia:

- D) Permiso con goce de salario del 1º de diciembre del año 2016 al 1º de diciembre del año 2017.

El permiso con goce de salario se contempla como parte del presupuesto ordinario del centro de trabajo a la que pertenece el doctor Carvajal Valdy.

II) El pago de:

- a) Tiquetes aéreos de ida y regreso a Francia por un monto de hasta US\$499 (cuatrocientos noventa y nueve dólares).
- b) Seguro médico por la suma de hasta US\$400 (cuatrocientos dólares).

Los beneficios otorgados quedan sujetos a las disposiciones reglamentarias vigentes.

Sometida a votación la moción para que la resolución se adopte en firme es acogida por todos los señores Directores, salvo por el Director Alvarado Rivera que vota en forma negativa. En consecuencia, el acuerdo se adopta en firme.

### **ARTICULO 33°**

Se tiene a la vista el oficio número GM-SJD-20676-2016, fechado 26 de octubre del año 2016, firmado por la señora Gerente Médico, que en adelante se transcribe, en forma literal (informe en torno al tema de internado rotatorio universitario):

#### **“RESUMEN EJECUTIVO**

La Gerencia Médica y la Subárea de Posgrados y Campos Clínicos del CENDEISSS presentan el informe en torno al tema de internado rotatorio universitario, según lo requerido por los señores miembros de la Junta Directiva.

#### **ANTECEDENTES**

1. La Junta Directiva en el artículo 24 de la sesión N°8852, acordó:

*“(…) Aprobar la siguiente propuesta sobre el proceso de asignación de campos docentes para la realización del internado rotatorio universitario en instalaciones de la Caja Costarricense de Seguro Social, que consta en el oficio del 28 de los corrientes, número CENDEISSS-PCC-6929-16, (...)*

*2) Instruir al CENDEISSS para que proceda a socializar con las universidades la metodología de selección de estudiantes propuesta por la Institución en el documento que queda constando en la correspondencia del acta de esta sesión, que permita estandarizar dicho proceso, bajo la competencia académica que les corresponde.*

*3) Instruir al CENDEISSS para que mantenga un monitoreo y evaluación permanente del proceso de asignación de campos docentes para la realización del internado rotatorio universitario*

*en instalaciones de la Caja Costarricense de Seguro y que informe a la Junta Directiva en forma oportuna. “*

2. La Junta Directiva mediante el artículo 5, artículo 6, artículo 7, todos de la sesión N°8869, acordó trasladar a la Gerencia Médica los oficios PJG-233-06-2016 de fecha 29 de junio del 2016 suscrito por el Dr. Alexis Castillo Gutiérrez, Presidente del Colegio de Médicos y Cirujanos, Oficio R-106-2016 de fecha 28 de junio del 2016 suscrito por el Dr. Henning Jensen Pennington, Rector de la Universidad de Costa Rica y oficio DVMP-AGZA-537-2016 de fecha 26 de setiembre del 2016 suscrito por la Sra. Ana Gabriel Zúñiga Aponte, Viceministra de Asuntos Políticos y Dialogo Ciudadano.

## **ACCIONES**

La Subárea de Posgrados y Campos Clínicos del CENDEISSS, mediante oficio CENDEISSS-PCC-11267-16 de fecha 26 de octubre del 2016, se rindió el informe respectivo que a la letra indica:

*“(…)El artículo 24°, de la sesión n° 8852, celebrado el 30 de junio del 2016, contempla la aprobación de un método recomendado por el Consejo Superior de Campos Docentes, para la utilización de los campos clínicos destinados al internado rotatorio universitario.*

*Como es de su conocimiento, el artículo plantea un apartado para la selección de los candidatos, la propuesta de que el examen de conocimientos generales de un estudiante de medicina sea realizado por una instancia externa a la Caja, la distribución de los campos clínicos y lo relacionado al programa de internado rotatorio único.*

*De igual forma como punto 2 y 3, instruye al CENDEISSS para que socialice la metodología de selección de estudiantes así como, mantenga un monitoreo y evaluación permanente del proceso de asignación de campos docentes para dichos fines.*

*Bajo esa línea, el CENDEISSS se abocó a cumplir con lo ordenado realizando las siguientes acciones:*

- 1) *Conocido el acuerdo de la Junta Directiva, se remitió el oficio número CENDEISSS-DE-7237-16, del 7 de julio del año en curso, a los decanos y directores de las diferentes escuelas que imparten la carrera de Medicina, en el cual se hacía la transcripción literal de los dispuesto por la máxima autoridad institucional.*
- 2) *En el oficio número CENDEISSS-DE-7366-16, del 7 de julio de los corrientes, el CENDEISSS, mediante correo electrónico de ese mismo día, convocó a reunión a los decanos y directores de las escuelas de Medicina, para el 13 de ese mismo mes.*

- 3) *Mediante el oficio EM-445-2016, del 11 de julio de este año, el Dr. Eduardo Induni López, Director a.i. de la Escuela de Medicina de la UCR, informó que, esa entidad educativa consideró no recomendable la participación de a la reunión convocada, por encontrarse esperando la respuesta de unas consultas planteadas a la Dirección Jurídica de ese centro de estudios superior.*
- 4) *El 13 de julio de ese mismo año, al ser las 8:35 a.m., inició la reunión precitada, con la explicación del contenido del acuerdo y posteriormente abriéndose un espacio para el intercambio de opiniones. En esa reunión no hubo participación de la Universidad de Costa Rica.  
El acta de esa reunión se remitió a todas las universidades en fecha 12 de agosto del 2016, según consta en la copia fotostática del correo electrónico adjunto.*
- 5) *Ese mismo día, al ser las 3:30 p.m., se les remitió a todas las escuelas de Medicina, por medio del correo electrónico, la presentación realizada durante la reunión y el oficio de traslado del acuerdo de la Junta Directiva de marras.*
- 6) *El día siguiente, sea 14 de ese mes, mediante el correo electrónico de las 7:28 a.m., se les envió el oficio CENDEISSS-PCC-7618-16, de esa misma fecha, en el cual se corregía y se enviaba el temario de examen.*
- 7) *Ese mismo día se convocó a reunión para el 18 de julio de ese mismo año, con el fin de retomar el tema del internado, mediante el oficio CENDEISSS-PCC-7607-16.*
- 8) *El 18 de julio de este año, se lleva a cabo la reunión convenida, sin la participación de la UCR, tratándose como tema central el internado rotatorio universitario y la propuesta acordada por la Junta Directiva.  
En esa oportunidad se dispuso considerar la propuesta de fecha para examen y la integración de la Comisión de Enlace realizada por ACOFEMED.  
El acta de esa reunión fue trasladada el 22 de agosto del año en curso, mediante el oficio CENDEISSS-PCC-8895-16.*
- 9) *El Consejo Universitario de la UCR, en fecha 30 de junio del año en curso, remite el oficio R-106-2016, del 28 de junio de este año, en el cual comunica los acuerdos tomados con respecto a la suspensión del examen de internado rotatorio universitario y solicita seguir otorgando campos docentes a los estudiantes de ese centro de estudios, se respeten los programas académicos por parte de la CCSS.*
- 10) *En el oficio CENDEISSS-PCC-7437-16, del 27 de julio del 2016, la Dra. Dominique Guillén Femenías, en su condición de jefe de la Subárea de Posgrados y Campos Clínicos, da respuesta a dicho oficio, en el cual reconoce la existencia del Convenio suscrito entre las partes, el contenido del programa único de internado rotatorio universitario así como, lo relacionado para la suspensión durante este año.*

- 11) *Ese documento es trasladado a la Dra. María del Rocío Sáenz Madrigal, Presidenta Ejecutiva y Dra. María Eugenia Villalta Bonilla, Gerente Médica, en el oficio CENDEISSS-DE-8131-16, del 29 de julio del 2016.*
- 12) *En fecha 29 de julio del presente año, la Directora de la Escuela de Medicina de la UCR, Dra. Lizbeth Salazar Sánchez, solicita las actas de las reuniones del 13 y 18 de julio.*
- 13) *Mediante el oficio CENDEISSS-PCC-8233-16, del 4 de agosto del 2016, se convocó a reunión de la Comisión de Enlace, según consta en el correo electrónico de las 3:45 p.m., del 4 de ese mismo mes.*
- 14) *En el oficio CENDEISSS-PCC-8486-16, del 9 de agosto del año en curso, se convocó de nuevo a reunión a todos los decanos o directores de facultad o Escuela de Medicina, para que participen en la reunión programada para el 11 de agosto de ese año, en la cual se recibirá a los encargados del IFOM. Ese oficio es comunicado mediante correo electrónico de las 7:01 a.m., del 10 de ese mes.*
- 15) *En fecha 11 de agosto de este año, se lleva a cabo la reunión según lo programado, con la participación de la señora Beth Gallagher, representante del IFOM. En esa oportunidad se contó con la participación de la decana de la Escuela de Medicina de la UCR y personal de apoyo de ese centro de estudios superior.*
- 16) *El 12 de agosto de este año, se recibe el oficio EM-SE-831-2016, del 11 de ese mes, en el cual la Directora de la Escuela de Medicina de la UCR, solicita copia del oficio CENDEISSS-PCC-6929-16.*
- 17) *Dicha solicitud es atendida mediante el oficio CENDEISSS-PCC-8852-16, del 19 de agosto de este año.*
- 18) *En el oficio CENDEISSS-PCC-8855-16, del 23 de agosto de los corrientes, se convoca de nuevo a reunión a los decanos de las Escuelas de Medicina, para el 29 de agosto del año en curso.*
- 19) *Mediante el oficio EM-D-622-2016, del 29 de agosto del año en curso, se comunican una serie de valoraciones del Consejo Asesor de la Escuela de Medicina de la UCR.*
- 20) *La reunión convocada para el 29 de agosto del año en curso, fue efectuada el 1º de septiembre del año en curso, tal y como consta en el correo electrónico de las 11:16 a.m., del 26 de agosto de este año, en el cual se comunica el cambio de fecha.  
Durante esa reunión, la Dra. Dominique Guillén Femenías, en su condición de Directora Ejecutiva a.i. del CENDEISSS, expuso que, la compra se encontraba en trámite y explica el procedimiento a seguir para determinar el percentil (punto de corte o aprobación del examen).  
Por su parte el Dr. Juan Carlos Esquivel Sánchez, se manifestó sobre los pormenores con respecto al examen, incluyendo la fecha determinada, sea sábado*

*5 de noviembre, la sede, el manejo de las adecuaciones curriculares, el llenado de la plantilla con la información requerida por el IFOM, el documento oficial por emplear para identificar a los estudiantes.*

*Los representantes de las universidades peticionan la definición del temario, el horario de apertura de la sede, el papel de la Comisión de Enlace, el costo del examen, entre otros.*

- 21) *El lunes 5 de septiembre del presente año, se remite el correo electrónico de las 3:52 p.m., en el cual se solicitan las disculpas del caso por no poder trasladar la información con respecto al examen.*
- 22) *El 6 de septiembre del año en curso, se recibe el correo electrónico de las 3:39 p.m., en el cual la Escuela de Medicina de la UCR, remite el oficio EM-D-645-2016, de esa misma fecha, en el cual solicita el envío del temario.*
- 23) *Mediante el correo electrónico de las 4:07 p.m., del 6 de septiembre del año en curso, se traslada el oficio CENDEISSS-PCC-9603-16, en el cual se informa sobre la convocatoria al examen de internado universitario para el 2017, conteniendo el cronograma y el temario.*
- 24) *Concretamente y con el fin de atender de forma directa, la solicitud de información se trasladó el oficio CENDEISSS-PCC-9617-16, del 7 de septiembre del año en curso, en el cual se explicaron los inconvenientes y se comunicó la hora y fecha de publicación del temario y la convocatoria del examen.*
- 25) *En el oficio CENDEISS-PCC-9979-16, del 16 de septiembre del 2016, el cual se traslada mediante correo electrónico de las 7:26 horas del 20 de septiembre del año en curso, se informa a los miembros de la Comisión de Enlace, la cual consta de dos representantes de ACOFEMED y la representación de la UCR, la lista oficial de candidatos por aplicar el examen de marras.*
- 26) *El oficio EM-D-622-2016, indicado en el punto 19, es atendido mediante el oficio CENDEISS-DE-10068-16, del 20 de setiembre del año en curso, en el cual se explica la existencia de normativa institucional para el manejo de la actividad clínica docente, la autonomía en cuanto al uso de sus instalaciones y el resguardo a la salud de los usuarios, el costo del examen IFOM, el acceso a los campos docentes por parte de ese centro de estudios y lo relacionado con el programa único de internado.*

*Además, se agradece la propuesta realizada con respecto a la participación de la Comisión Interinstitucional de Estándares para Pruebas de alta consecuencia en el ámbito académico y profesional.*
- 27) *Con respecto a los oficios EM-D-635-2016, EM-D-636-2016 y EM-D-627-2016, todos del 5 de septiembre del 2016, y dirigidos a la Presidencia Ejecutiva, se informa que una vez que el licenciado Adolfo Johanning Pérez, Asesor de la Presidencia Ejecutiva de la Caja, los traslada a la Dirección Ejecutiva del CENDEISSS, el 23 de septiembre del año en curso, para apoyar la respuesta, los*

*mismos son atendidos en los oficios CENDEISSS-PCC-10326-16 y CENDEISSS-PCC-10342-16, ambos del 27 de septiembre del 2016, el primero al solicitar copia del expediente, el cual se encuentra en construcción se vuelve imposible su atención, por lo cual se ofrece entregar una vez que se tenga y en el otro oficio se explica el alcance de los términos aleatorio y socialización.*

- 28) *Mediante el oficio CENDEISSS-AL-10674-16, del 6 de octubre del año en curso, se atendió la solicitud de informe de fecha 4 de ese mes, por la presentación de una medida cautelar interpuesta por la decana de la Universidad de Costa Rica, Dra. Lizbeth Salazar Sánchez, en el cual se relata lo indicado en este acto.*

### ***Consideraciones de importancia***

*Las universidades que imparten la carrera de Medicina en Costa Rica no cuentan con centros hospitalarios universitarios por ello, la Caja ha cooperado para la ejecución del proceso de enseñanza aprendizaje del último año de formación.*

*Sin embargo, el uso de esos espacios se ha condicionado a la no afectación de la atención de la salud de la población, por ello, la Caja estableció mecanismos de selección de quienes ingresan a sus servicios.*

*Como es bien conocido, la Caja en el ejercicio de su autonomía debe determinar cuáles son las acciones que mejor se ajusten y permitan el desarrollo de sus funciones sin exponer su razón de ser.*

*En ese sentido, se debe citar que el examen de conocimiento general que aplica la Caja para el internado rotatorio nació, por acuerdo de la Junta Directiva, según consta en el artículo 15, de la sesión n° 7587, del 4 de octubre del 2001, definiéndose como el mecanismo de selección empleado para la distribución de las becas que otorgaba la institución con base en el artículo 8, de la Ley de incentivos médicos, Ley N° 6836, y los campos clínicos y se aplica desde el año 2002.*

*Como se observa, los campos docentes otorgados se encuentran condicionados a la aprobación de ese requisito y de los otros definidos como ser estudiante regular activo del programa académico de la carrera de medicina; no haber sido sancionado por faltas graves disciplinarias durante su carrera así como, concluir y aprobar todos los cursos de la carrera previos al internado.*

*Ante ese desarrollo, quienes no cumplan con los requisitos señalados, aunque pertenezcan a esa casa de estudios no pueden cursar su internado en las instalaciones autorizadas para ese fin de la Caja.*

### ***Sobre la distribución aleatoria de los campos clínicos***

*La Caja en el ejercicio de sus potestades puede determinar la forma de distribuir su espacio o campos clínicos, siempre en resguardo de la prestación a la salud.  
(...)*

*Con respecto a lo acordado por la Junta Directiva institucional sobre la distribución de los campos clínicos, se reconoce la conveniencia de mantener la forma vigente, la cual se condiciona a la capacidad instalada de la Caja, lo cual el CENDEISSS ha venido realizando a través de los años.”*

Es importante dejar claro que la Contratación administrativa ya se encuentra adjudicada por parte de la Gerencia de Logística.

### **SOBRE LOS OFICIOS REMITIDOS**

1. En cuanto al oficio PJG.233.06.2016, del 29 de junio del 2016, el cual fue suscrito por el Dr. Alexis Castillo Gutiérrez, Presidente del Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica, al igual que el oficio PJG.242.06.16, del 28 de junio del año en curso, fueron atendidos mediante conversación sostenida el 29 de ese mes con la Junta de Gobierno.
2. Con respecto al oficio R-106-2016, del 30 de junio de los corrientes, el mismo fue atendido mediante oficio CENDEISSS-PCC-7437-16, del 27 de julio de ese mismo año, el cual se trasladó por medio del oficio CENDEISSS-DE-8131-16, del 29 de ese mismo mes.
3. Con respecto al documento remitido por la FEUCR, el mismo se encuentra en atención en este momento.

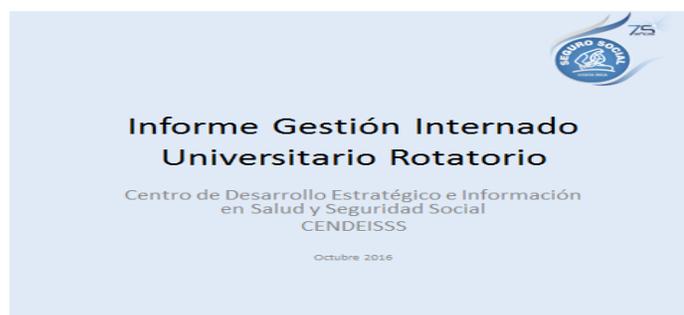
### **RECOMENDACIÓN Y PROPUESTA DE ACUERDO**

Una vez realizada la presentación del Informe en torno al tema del examen para el ingreso al internado rotatorio universitario y, según recomendación de la Gerencia Médica en el oficio GM-SJD-20676-2016 de fecha 26 de octubre del 2016, la Junta Directiva **ACUERDA:**

1. Dar por recibido el informe presentado por la Gerencia Médica mediante oficio GM-SJD-20676-2016 de fecha 26 de octubre del 2016, así como dar por atendido lo acordado en el artículo 24 de la sesión N°8852, así como los artículos 5, 6 y 7 de la sesión N°8869”.

La exposición está a cargo del doctor Esquivel Sánchez, quien, al efecto, se apoya en las siguientes láminas:

A)



B)

**Antecedentes** 

- Acuerdo de Junta Directiva N° 8852-24-16, artículo 24 del 30 de junio 2016:  
Recomendación Consejo Superior de Campos Docentes.

**Selección de estudiantes que ingresarán al internado universitario:**

- **Sobre el examen de ingreso al internado:**  
*"Siendo que se trata de un asunto académico que corresponde a las universidades, públicas o privadas, pues éstas son las responsables de la calidad académica de sus estudiantes, la CCSS plantea la realización de un examen que sea aplicado por un ente externo con experiencia internacional en este tipo de pruebas."*
- **Distribución de los campos clínicos:**  
*"Los campos clínicos para el internado rotatorio se distribuirán entre todos los estudiantes que cumplan los requisitos definidos en el punto 1 de la presente propuesta de manera aleatoria, según la capacidad instalada".*

C)

**Informe general** 

- Reuniones con decanos y directores de Escuelas de Medicina de universidad pública y privadas. (Iniciando el 17 de julio, UCR no participó en las 2 primeras). De las reuniones constan sus respectivas actas, las cuales fueron remitidas a todos los representantes de las Facultades de Medicina.
- Consejo Universitario UCR (R-106-2016), 28 junio solicita:  
-suspensión examen internado universitario rotatorio  
-seguir otorgando campos a los estudiantes de ese centro de estudios.
- 11 agosto: Reunión personal de IFOM con autoridades CENDEISSS y Universidad pública y privadas.
- 13 agosto: reunión con Gerencia Médica y Preside

D)

**Informe general** 

- 6 setiembre CENDEISSS publica:  
-Convocatoria a examen de internado universitario rotatorio 2016.  
-Cronograma de actividades.  
-Temario general del examen.
- Prácticas (vouchers).
- 16 setiembre CENDEISSS informa lista oficial y definitiva (aportada por Universidades) sobre número de estudiantes que realizarán examen de internado.
- Queda en acuerdos que CCSS pagará el costo del examen y gastos del mismo, posteriormente y mediante contrato, Universidades reembolsarán a la CCSS.
- UCR manifiesta participar del proceso bajo protesta.

E)

**Informe general (compra):**



- Dirigido a: instancia técnica totalmente neutral a la formación de esa profesión en el país.
- Estudio de mercado a nivel nacional:
  - Consulta: TEC, UNA, U. Paz, INCAE, Colegio de Médicos. Solo hay respuesta negativa de TEC.
- Estudio de mercado a nivel internacional:
  - Consulta: IFOM, Universidad Autónoma de México, Universidad Autónoma de Buenos Aires y Universidad de Navarra. AMIR\*

F)

**Informe general (oferente único y costos):**



- En apego al artículo 131, inciso a (oferente único).
- Resolución DCA-162 de la CGR.
- Resolución GL.R.085-2016, del 25 octubre 2016.
- Costos:
  - Total \$78,000 USD (c44.070.000,00)\*
  - Al monto se realiza retención del 15% por ser considerado una remesa al exterior.
  - El costo incluye:
    - 771 folletos de examen y su traslado
    - 3 consultores de NBME
    - Construcción del punto de corte

G)

**IFOM: International Foundations of Medicine**



- Lugar y fecha
- Número de estudiantes
- Logística CCSS-IFOM
- Convocatoria
- Temario
- Nota mínima (punto de corte)
  - Con base en el procedimiento establecido por NBME, el cual consiste en promediar mediante formula las notas de los estudiantes y la nota de los profesionales que se sujetaran al examen el 14 de noviembre)
- Aclaraciones no apelaciones
- Análisis de resultados (por universidad por área)
- Publicación de resultados

H)

**Recomendación** 

Aprobar propuesta de nota de respuestas a oficios conocidos en la sesión de Junta Directiva número 8869 del 20-10-16, artículo 5, 6 y 7 respectivamente:

- PIG.233.06.2016 del 29 de junio del 2016, suscrito por el Dr. Alexis Castillo, Presidente del Colegio de Médicos.  
-Se expuso el alcance del acuerdo de Junta Directiva y distribución de campos docentes.
- R-106-2016 del 30 de junio de los corrientes firmado por el Dr. Henning Jensen Pennington, Rector UCR.  
-Se expone el uso de campos docentes de acuerdo a la capacidad instalada y se explica el alcance del Programa Único de Internado.
- DVMP-AGZA-537-2016 del 26 de setiembre, suscrito por la Sra. Ana Gabriel Zuñiga Aponte, Viceministra de Asuntos Políticos y Dialogo Ciudadano.  
-Se reitera la anuencia a cooperar, sin embargo, al ser prioritaria la atención de la salud, la CCSS no puede permitir un ingreso arbitrario de los estudiantes.

D)

**Recomendación** 

- Con respecto a la distribución de los campos docentes, se considera conveniente mantener la forma empleada en años anteriores, la cual se encuentra condicionada a la capacidad instalada de la Caja.

El Dr. Juan Carlos Esquivel Sánchez se refiere a la información de la gestión del examen del internado universitario rotatorio, en términos de que una vez que se tomó el acuerdo de la Junta Directiva en el mes de julio pasado, desde el Centro de Desarrollo Estratégicos e Información en Salud y Seguridad Social (CENDEISS) y en coordinación con la Institución. Primeramente, un acercamiento con las universidades, tanto la universidad pública como las universidades privadas que imparten la Carrera de Medicina a nivel de grado, para acordar la realización de este examen, mediante un ente externo que se había solicitado, es decir, una empresa que no tuviera relación con la formación de la carrera como tal.

Interviene el Director Devandas Brenes y solicita se le aclare, si lo que indicó fue que la universidad solicita seguir otorgando campos clínicos de las universidades privadas, pero que da la apariencia de que no se les da.

Señala el Dr. Esquivel Sánchez que de todas las reuniones que se han realizado desde el 17 de julio del año 2016, en las dos primeras reuniones, la UCR no participó, en las posteriores sí ha participado. En la propuesta se ha indicado y ha quedado constando en el acta que la UCR realizará el examen bajo protesta. Hace hincapié que en ese período de reuniones que sostuvieron con todas las facultades, el Consejo Universitario envió un oficio al que se le dio respuesta. El 11 de agosto de este año, se tuvo una reunión con el personal del International Foundations of Medicine (IFOM) de Estados Unidos. Se reunieron con las universidades, tanto

con las universidades públicas como la privada. También se presentaron a reuniones con las autoridades superiores, para que presentaran en detalle todo el proceso y para dar la transparencia del mismo. Esa parte siempre ha estado muy clara por parte de la Asociación Costarricense de Facultades y Escuelas de Medicina (ACOFEMED), la cual reúne a las universidades privadas. Enfatiza que en ningún momento hubo una oposición en el proceso. Lo que hay que mencionar es que la UCR es la que ha estado en el proceso bajo protesta. Sí van a realizar el examen, porque después de todas esas reuniones y coordinaciones, se estableció además un Comité de Enlace, como se había solicitado. El cual está integrado por la Directora de la Escuela de Medicina de la Universidad de Costa Rica y dos representantes de ACOFEMED, también se solicitó un representante del Ministerio de Salud. El representante del Ministerio de Salud, todavía no ha asistido, ni ha sido nombrado. El 6 de setiembre de este año, se convocó el examen de parte del CENDEISSS, por lo que se les envió la convocatoria en oficio a todas las Escuelas de Medicina, públicas y privadas. Se les entregó el temario general del examen y en ese período de tiempo, desde el 17 de julio a hoy, la empresa ha otorgado dos vouchers, se asemejan a dos tiquetes que dan para el ingreso vía internet, de manera que cada Escuela de Medicina obtenga por separado dos exámenes, para que practiquen los alumnos, por lo que se ha facilitado el proceso, también el tema se ha discutido en las reuniones y ha quedado constando en actas. Las Escuelas de Salud Pública tienen conocimiento de cómo es el examen y cómo se plantea. También que la Caja va a pagar el costo del examen y mediante un contrato que se firmará, las Universidades le van a reembolsar a la Caja el monto del examen como tal. En cuanto a la compra se hizo tanto un estudio de mercado a nivel nacional, como a nivel internacional. La consulta a nivel nacional, era a entes que no formen profesionales en la carrera de medicina, por lo que no se podía enviar, por ejemplo, las propuestas a la UCR. Por lo que se envió a nivel nacional a las Instituciones: Instituto Tecnológico de Costa Rica (ITCR), a la Universidad Nacional (UNA), a la Universidad de la Paz y al Instituto Centroamericano de Administración de Empresas (INCAE), así como al Colegio de Médicos y solo se obtuvo una respuesta al oficio que se envió, de parte del Instituto Tecnológico de Costa Rica, en el que indicaron que no tenían la capacidad técnica para realizar pruebas de esa naturaleza.

Respecto de una inquietud del Dr. Devandas Brenes, indica el Dr. Esquivel que solo se obtuvo respuesta del ITCR, en términos negativos, porque no tienen capacidad técnica para hacer un examen de esa naturaleza. Continúa y anota que a nivel internacional, se realizó la consulta al IFOM, a la Universidad Autónoma de México vía correo electrónico, a la Universidad Autónoma de Buenos Aires, a la Universidad de Navarra y la Academia AMIR en España. Se seleccionaron, prácticamente, las universidades al azar, las más conocidas, incluso, por procesos porque se conoce que imparten la carrera y cuentan con una Facultad de Medicina. Esas universidades contestaron que no tienen experiencia y que lo hacen para su propio ingreso, como una prueba de selección y no se ha internacionalizado el proceso. La Academia AMIR, es una academia en España que prepara médicos, los cuales han terminado la carrera de medicina, para ingresar a la especialidad para realizar el examen que se denomina MIR en España, porque en ese país no hay internado. Después de la Universidad realizan el MIR y si lo ganan, los estudiantes ingresan a la especialidad. La respuesta de AMIR fue que tampoco tienen experiencia, porque los exámenes los preparan para la especialidad médica. Esos fueron los estudios a nivel nacional e internacional, en concordancia con el artículo 131°, inciso a) de la Ley General de Contratación Administrativa y con base en la Resolución de la Contraloría de la República, es que se apegan para declarar como un oferente único. Posteriormente, se realizó todo el proceso de compra, como oferente único, así como lo dicta la ley. El Órgano Contralor

también hace la resolución administrativa el 25 de octubre de este año y es cuando se adjudica, finalmente, la compra. Los costos totales ascienden a setenta y ocho mil dólares, correspondientes a cuarenta y cuatro millones setenta mil colones al tipo de cambio de quinientos sesenta y cinco dólares. A ese monto, la Ley de Tributación Directa le aplica un 15% de retención, por ser considerado como una remesa al exterior. La Empresa de IFOM estuvo de acuerdo y no indicó mayor objeción. Esa empresa se acompañó de una representación legal a nivel nacional y estuvieron totalmente de acuerdo con el proceso. El costo incluye los 771 folletos de examen, porque serán 771 estudiantes que se van a presentar a realizar el examen, tanto de la universidad pública como de las universidades privadas, el traslado de esas cajas por vía courier, tres Consultores del National Board quienes vendrán al país el día del examen y la construcción del punto de corte. Suministra una breve explicación del IFOM, es un organismo del US Board, cuya experiencia es desde el año 1915 en los Estados Unidos, es decir, tiene más de 100 años de aplicar pruebas. Esa Institución aplica tres tipos de pruebas: Pruebas para estudiantes de último año de la carrera de medicina, de tal manera que mide sus conocimientos básicos y es donde se tiene que manejar bien esa información, porque a nivel de la sociedad se ha tergiversado o mal informado de que ese examen, no prepara los estudiantes con la epidemiología en Costa Rica, dado que ese examen no evalúa los protocolos de atención de la Caja. Es un examen que mide los conocimientos básicos de la Carrera de Medicina, es decir, los conocimientos de medicina de la persona que va a ingresar el último año. En ese sentido, él como médico y conoce que la Dra. Sáenz lo apoya, la definición de hipertensión arterial, es igual aquí y en cualquier país y le parece que es el aspecto en el que quizás ha habido un mal entendido. El examen no va a presentar protocolos de atención de las enfermedades crónicas de la Institución, ni es hecho con base en la epidemiología de Costa Rica. Otro punto es que ya está definido el lugar para impartir el examen, es el Liceo Luis Dobles Segreda en La Sabana, la fecha es el 5 de noviembre de este año. Desde el CENDEISSS, la Gerencia Médica y la Presidencia Ejecutiva y otras Gerencias, se ha realizado la logística de este evento y está todo preparado como tal. Se realizó la convocatoria desde el 6 de setiembre de este año, como se observó anteriormente por oficio y, también, se les adjuntó el temario, el cual es un temario muy general. Se les indicó cuál es la bibliografía y ese fue otro mal entendido, porque están indicando que no se les había informado cuál libro era, lo que sucede es que la definición de hipertensión en la misma en cualquier lugar del mundo, no hay mayor diferencia, son conocimientos básicos de la carrera de medicina, para estudiantes que cursan el último año. En cuanto a la nota mínima, es muy importante el punto de corte, porque ayer La Nación estaba contactando para preguntar qué era ese concepto. El National Board va aplicar el 14 de noviembre un examen a un máximo de 20 profesionales, ya médicos; de los cuales un profesional será designado por la Escuela de Medicina de la UCR y uno por cada Escuela de Medicina de las universidades privadas y se tienen ocho universidades de esa naturaleza. De manera que en el CENDEISSS, se seleccionaron también a otros profesionales para completar como máximo 20 y podían ser, incluso, 12 y como mínimo indicaron que ocho. Ese día van a realizar el examen que harán los estudiantes el 5 de noviembre próximo. El National Board tiene establecida una metodología bajo un análisis psicométrico y se tiene un folleto, sin embargo, no está en español –se está traduciendo–, para establecer ese punto de corte, porque es lo que se tiene que construir. Recuerda que de la primera experiencia, también hay que evaluar esa experiencia, pueda que sirva para un futuro, pero a lo mejor pueda que no. Esa nota de corte, es la que va a establecer las autoridades y aunque las universidades envíen a un representante a realizar el examen, el punto de corte no se va a construir con las universidades, si no con los funcionarios de la Caja que estén consignados como tal, junto con la empresa. En ese sentido, puede asegurar que ha sido muy rigurosa la

transparencia y la rigidez que se ha manejado con la empresa para todo ese tema; incluso, han enviado las indicaciones, mediante las cuales se indica cómo se tienen que presentar los encargados de aplicar el examen, por ejemplo, con la vestimenta el día del examen. Hay unos puntos que piden que sean más ágiles, por lo que el proceso va a ser con base en el procedimiento, en el que se establece que se va a aplicar una metodología que analiza los resultados por área, por ejemplo, Medicina Interna, por Geriátrica y por cirugía de cada universidad, incluso, por separado. Después a nivel global de todos los estudiantes que realizan el examen, luego, también se hará un comparativo, el cual se va a realizar el 14 de noviembre próximo, porque también se quiere incluir Residentes de primer año que son los que están empezando la formación especializada. Entonces, con todos esos promedios y bajo la metodología que ese Instituto establece, es donde se va a definir ese punto de corte. Es importante comentar que el examen como tal, por el Organismo que lo realiza y por la experiencia de más de 100 años que tiene y la internacionalización que han hecho, es un examen que está estructurado y echo con todos los Test sicométricos y analíticos que existen. Por tanto, no se aceptan apelaciones, sino que lo único que aceptan son aclaraciones sobre el puntaje. El análisis como lo comentó, se va a hacer con cada universidad por separado y se analizará por cada área de especialidad médica en este caso, Medicina Interna, Ginecología y Cirugía-Obstetricia. Posteriormente, se hará una publicación de los resultados, los cuales estarán publicados en la página Web del CENDEISSS, también está colocado el cronograma y, además, a las universidades se les envió desde el 5 de setiembre de este año. Con respecto del punto de corte y ese aspecto fue una negociación que se tuvo, prácticamente, en el último momento. Comenta que hace un momento estuvo leyendo los comentarios en el Facebook de la Caja, por el boletín que se publicó, el cual se hizo con la Dirección de Comunicación y está muy bien publicado y lo que se publicó fue así: “El National Board va a reconocer para el ingreso para una especialidad en los Estados Unidos de América, aunque no en todas las universidades, otorgándole un certificado a aquellos estudiantes costarricenses que sobrepasen el punto de corte de las universidades en los Estados Unidos (USA), el corte son tres pasos: The One, The Two y The Three. El paso uno se relaciona con las ciencias básicas, el paso dos es de ciencias médicas, conlleva los conceptos básicos de medicina y el paso tres, es meramente clínico es una práctica que se va a hacer al estudiante, es decir, es el examen que se va a realizar. Repite, en algunas y no en todas las universidades de USA, aceptarían a aquellos estudiantes que pasen aquel punto de corte aprobado, o sea, el estudiante se quedaría con una ventaja para ingresar a una especialidad, siempre y cuando cumplan con unos requisitos, por ejemplo, migratorios y legales que cumpla. Menciona que leyó algunos comentarios en el Faceboke de la Caja, en el que los estudiantes indican que la Institución los está engañando, porque no van a poder ir a los USA, dado que no les darían visa; en ese sentido, la Caja no se encarga de esos aspectos. Por otra parte, se refiere a una información que no logró incluir en la presentación, porque es un oficio que por la tarde se recibió en el CENDEISSS de la Escuela de Medicina de la UCR, lo firma la Dra. Salazar Sánchez, Directora de la Escuela de Medicina, copiando al señor Rector Dr. Henning Jensen Pennington, al Vice-Rector de Docencia Bernal Herrera y al Director Jurídico Lic. Luis Baudrit, en el que se indica que los estudiantes de la UCR realizarán el examen, pero por existir un convenio con la Caja, la UCR no lo pagará. En la recomendación se plantea una propuesta, mediante unos oficios que se han dirigido a la Junta Directiva y se conocieron en la sesión N° 8869 del 20 de octubre de este año, en los artículos 5° 6° y 7°. Hace énfasis en personalmente se atendió un oficio firmado por el Dr. Alexis Castillo, en una reunión en la Junta de Gobierno del Colegio. Además, un oficio enviado por el Dr. Henning Jensen Pennington, Rector de la UCR, en el cual expone el uso de los campos docentes, se le contestó en el sentido de que se dispone

de ese uso de campos clínicos, dependiendo siempre de la capacidad instalada y explicando el alcance el Programa de Internado Único, porque también se tuvo alguna duda y están las propuestas de la Junta Directiva. Además, se contestó el oficio de la señora Ana Gabriel Zúñiga Aponte, Viceministra en Asuntos Políticos y Diálogo Ciudadano del Ministerio de la Presidencia de la República, relacionada con una propuesta que plantearon los estudiantes de medicina de suspender el examen. A la señora Zúñiga Aponte se le contestó en términos de que se está en la mejor condición de colaborar, pero no se va a suspender el examen. Otro punto es recomendar con respecto de esa distribución de campos clínicos, mantener la forma empleada en los años anteriores, la cual está condicionada a la capacidad instalada de los espacios docentes.

Interviene el Director Devandas Brenes y señala que ha estado defendiendo esta posición, ahora, le parece que entre lo que se decidió y lo que se hizo, entiende en virtud del tiempo que habría que hacerlo tal vez hay algunos aspectos que en el futuro hay que irlo aclarando. Recuerda que la decisión que tomó esta Junta Directiva, es que ese examen no era responsabilidad de la Caja aplicarlo, sino de las universidades. Sin embargo, la Institución está involucrada en una cantidad de actividades y le parece que hay que ir aclarando el tema, la Caja se involucran o no. Por ejemplo, entendió bien cuando se explicó que a ese Organismo, le resultaba muy incómodo firmar un contrato con nueve o diez entidades, por lo que preferían firmarlo solo con la Caja. Pero lo que le extraña que luego cuando se pague se va a establecer un contrato con las universidades. Le preocupa qué sucede como en este momento, la UCR indica que no paga. En ese sentido, estima que debió haberse establecido que el estudiante que llega con su pago, ingresa a hacer el examen y el que no lo hizo, no lo puede realizar. Conoce que la vida es más complicada, luego se indica que el resultado del examen se va a hacer un análisis y pareciera que el CENDEISSS también va a estar involucrado en el análisis del resultado, de nuevo se aprecia que la Caja está y no en el proceso. Porque si es una responsabilidad académica de las universidades, el CENDEISSS debió haber indicado que se hiciera ese trabajo, se presentan los estudiantes que pasaron el examen certificado con ese organismo y la persona ingresa al internado; entonces, el CENDEISSS está también involucrado en la calificación.

Aclara el Dr. Esquivel que el CENDEISSS por medio de la Caja, es el que contrata el examen, entonces, la empresa realizará ese análisis con el CENDEISSS y, y posteriormente, el convenio se establecerá con las universidades, a manera de traslado y recomendación en el sentido de que no se les va a exigir el cambio curricular.

Entiende el Dr. Devandas Brenes que lo que quiere decir es que el CENDEISSS, también está involucrado en la calificación, es decir, al final interviene el CENDEISSS en el proceso.

Aclara la Dra. Sáenz Madrigal que el CENDEISSS no realiza la revisión del examen.

Señala el Dr. Esquivel que el CENDEISSS hace el análisis de los resultados, para establecer una nota de corte, pero las calificaciones como tal las hace la empresa, porque califican.

Entonces dice don Mario Devandas que la Caja va a estar involucrada en definir cuál es la nota de corte.

Interviene y aclara la Dra. Guillén Femenías que cuando se hizo el mercadeo y se enviaron las propuestas a las empresas, con el fin de que ofertaran para realizar el examen de internado, solo

se recibió la del IFOM, es decir, era el único oferente. No obstante, dentro de la contratación quedó establecido que el pago se tenía que realizar por la Caja, porque ese Organismo a nivel de otros países, con quien firma el contrato es con entidades de Gobierno, no directamente con las universidades, porque le certifican a la Institución la transparencia de que ese es el número de estudiantes y los que realmente ganan el examen; además, indican cuáles son las áreas que se superan. El CENDEISSS va a entregar los resultados y la nota de corte la construye el IFOM con los docentes y no con la Caja. Sin embargo, la Institución seleccionó al azar profesores universitarios, no fue que se buscaron a trabajadores, todos son docentes universitarios y, repite, al azar, con la finalidad de que el proceso sea transparente y así fue como se les explicó que lo hicieran. Cuando se va a observar y analizar las notas, el resultado no significa que el CENDEISSS se va a involucrar en establecer el punto de corte, o va a preguntar qué sucedió, porque van a entregar resultados y el área débil. En ese sentido, globalmente se indica, por ejemplo, los estudiantes del último año de internado de Costa Rica, el área débil es el área de pediatría, en lo correspondiente a las áreas respiratorias, entonces, globalmente, así se va a indicar.

Pregunta el Director Gutiérrez Jiménez que se le explique el tema de la mecánica del procedimiento del examen. Por ejemplo, un estudiante hace el examen y no paga, entonces, cuál es el resultado final de ese proceso. Le preocupa que habiendo hecho el examen algunos estudiantes, como ilustración, indiquen son un tercero de buena fe que hizo el examen y la Caja tiene un problema entre instituciones por el pago y ellos no tienen “vela en el entierro”; entonces, que se les garantice el resultado y ese aspecto no deja de ser un tema. Además, le parece que sería preocupante que al final la Institución tenga que pagar por esos exámenes y no se le retribuya lo pagado.

Señala el Dr. Esquivel que el contrato se está trabajando y desde las primeras reuniones, cuando han estado presentes los representantes de las Escuelas de Medicina, ha quedado constando en las minutas, que la UCR siempre ha indicado que el examen lo hacen los estudiantes de la UCR bajo protesta, porque no están a favor. Recuerda que en esta tarde la UCR envió una nota, mediante la cual comunicaba que no va a pagar y las demás universidades, han indicado y está constando en todas las minutas que van a pagar. En esos términos el contrato se va a pagar antes de realizarse el examen. Como un punto importante comenta que en las redes sociales se ha indicado que la Caja les va a cobrar a los estudiantes, pero no es así, porque se les está cobrando a las universidades. No se sabe si las universidades, les está trasladando el cobro de ese examen al estudiante.

Pregunta el licenciado Gutiérrez Jiménez si mañana, por ejemplo, son cuatro universidades, tres pagaron y una no pagó y la Caja ha contratado con la universidad, o con la empresa que va a realizar el examen. Entonces, sino paga la universidad quién paga.

Recuerda la Dra. Guillén que es muy importante que en el contrato de los del campo clínico, hay un convenio que ya existe, para el uso de ese campo, en términos de que la Institución no cobra el campo clínico, pero se debe llenar todos los requisitos y si la universidad no paga, no hay campo clínico.

Entiende don Adolfo Gutiérrez que es el efecto del no pago, la pregunta es si no paga la universidad, quién le va a pagar a la Empresa que se contrató para aplicar el examen.

Interviene la Dra. Sáenz Madrigal y señala que cuando se plantea el tema, para analizarlo de una forma más lógica, se hace el contrato con la institución, normalmente, esa organización no es la prestadora de los servicios, son otras instituciones. No obstante, dadas las características del país y de donde surge y la Caja es la que tiene las instalaciones de salud. Por lo que si una universidad no paga, la Institución envía el cobro para que la universidad pague, porque un aspecto es que una universidad indique que no va a pagar y otro, es que se remita el cobro.

El Director Gutiérrez Jiménez manifiesta su preocupación, porque si se le remite el cobro a la universidad y no paga, entonces, quién paga y pregunta si es la Caja la que tiene que hacerlo. Entonces, cree es que debería existir un mecanismo, mediante el cual una universidad envía la lista de estudiantes que van a realizar el examen y adjunto a esa lista, se envíe el recibo de pago. Por lo que los estudiante de la universidad que no pagó, no hacen el examen. Entonces, al final se está avalando que esos estudiantes tienen derecho a hacer el examen.

La señora Presidenta Ejecutiva manifiesta que está del lado de los estudiantes, independientemente, de qué universidad son. Si los estudiantes quieren hacer el examen, se presentan a hacerlo y si su universidad no paga, cómo no se le va a permitir hacer el examen a quien quiera hacerlo.

Reitera su preocupación el licenciado Gutiérrez Jiménez, en términos de que no se observaría muy bien y desconoce sí incluso, la Auditoría al respecto tendrá un tema, o si la Dirección Jurídica también lo tendrá. La Institución está definiendo un mecanismo para que se realice el examen, es decir, la Caja será el instrumento para que, como ilustración, una universidad pague porque sus estudiantes realicen el examen.

Comenta la Dra. Sáenz Madrigal que en algún momento, la UCR indicó que no iba a pagar, porque ese pago no estaba contemplado en el presupuesto; es un argumento válido o no, pero lo indicaron en su momento. Respetuosamente, el asunto lo observa así, se continúa con el examen y, luego, se le envía a cobrar a la UCR como se tienen para gestionar cientos de cobros.

Continúa don Adolfo y anota que cómo los estudiantes de una universidad van a realizar el examen sino pagó.

Por su parte, al Director Loría Chaves le parece que es muy importante la posición de la Junta Directiva, porque como tal, se podría indicar que todas las universidades tienen que pagar. Lo que se debe hacer es definir la metodología del cobro, porque ya existe una direccionalidad, en términos de que todas las universidades tienen que pagar y ese aspecto no se ha modificado.

Interviene el Director Devandas Brenes y señala que hace un momento el Dr. Esquivel indicó un aspecto y complicó el tema, porque indica que el contrato se va a firmar antes del examen y la UCR indicó que no va a pagar. Le preocupa porque se está involucrando a la Institución en una situación de riesgo.

Indica la Dra. Rocío Sáenz que hay que contestar la nota que envió la UCR, porque fue remitida y recibida en la Institución el día de hoy.

La Dra. Guillén comenta que la nota se recibió hoy y se contestó en los siguientes términos: *“el examen es tal fecha, se firmó el contrato y se les convocó para el próximo lunes. Por lo que se deberán presentar para firmar el contrato para tener el derecho al examen”*.

Sobre el particular, indica el Dr. Devandas Brenes que si el representante de la UCR, no se presenta a firmar el contrato, los estudiantes de esa universidad no hacen el examen. Por lo que está determinando ese problema, en el sentido de que la UCR no firme el contrato.

Respetuosamente, indica doña Rocío que ese caso llegara a suceder, el cobro se le envía a la UCR, con el comprobante de que sus estudiantes hicieron el examen.

Continúa el Director Gutiérrez Jiménez con su preocupación, porque ese aspecto conlleva todo un procedimiento y se le estaría permitiendo a una institución, que los estudiantes realicen el examen y al final, se les va a enviar una factura a una universidad que no está cumpliendo, con lo establecido en la normativa que se definió, por lo que se le envía el cobro y no van a pagar.

Por su parte, la Directora Alfaro Murillo señala que es un tema muy complicado, en el que están de por medio los estudiantes. Por otro lado, está de por medio el cumplimiento de las decisiones que se han tomado en el cuerpo colegiado y, eventualmente, se podría tener alguna responsabilidad financiera. Por ejemplo, quiere que quede claro y constando en actas que, con la presentación echa le queda claro que la Institución, es decir, la Caja Costarricense de Seguro Social debe firmar el contrato con todas las universidades y es la puerta de entrada, para que los estudiantes realicen la prueba. No obstante, se está comentando el día de hoy que la UCR indica que no paga el examen y no firma el contrato, es una decisión de la UCR y se conocen bien las implicaciones que tiene. Ella no puede aceptar que ante esa circunstancia, hoy queda constando en actas que ella estaría de acuerdo en que se proceda como si nada hubiera sucedido, porque desde el punto de vista legal, ella como Miembro de la Junta Directiva debe defender el patrimonio de la Institución y la UCR tiene que pagar, por el hecho de entrar en el proceso. Está segura que los representantes del sector empleador, van a estar de acuerdo, porque a la Universidad de Costa Rica igual que se indicó que se le respondió, hay que hacerle un llamado y, adicionalmente, le parece que hay que hacerle un comunicado, al cual tengan acceso los estudiantes. En el que se indique cuáles son las reglas del proceso y que los estudiantes de la UCR, al igual que los de otras universidades, deben acatar las reglas del proceso. No solo los estudiantes de la UCR, sino que cualquier universidad que no firme el contrato, les cierran la oportunidad a sus estudiantes de hacer el examen; entonces, es una responsabilidad de las universidades y pueden pagar en cualquier momento. Le parece que el argumento de la UCR, en términos de que ese pago no está contemplado en el presupuesto de este año, podría estar válido, o podría ser porque no es cierto, todas las instituciones tienen un monto para hacer pagos de esa naturaleza, pero al firmar el contrato se establece la garantía y el compromiso, fundamentalmente. No obstante, lo que no pueden mandar a decir es que no firman el contrato, pueden mandar a decir pagan el otro año, o paga con pagos de “polaco”. Repite, pero no pueden mandar a decir que no firman el contrato y así lo siente, es la manera en que la UCR indica que se revela contra el sistema. Bueno, si se revela y no ingresa acogiendo las reglas del proceso, las cuales están definidas en este momento, no entra y deja sus estudiantes fuera. Quiere que quede claro que la decisión de firmar, es de la UCR y la consecuencia de no firmar y que los estudiantes no puedan hacer el examen, es de la UCR y esa universidad quiere amenazar o presionar esta Institución. De cualquier manera es decisión de esa universidad y las

consecuencias por tanto, las asumiré la UCR y, por ende, sus estudiantes. Pero no se puede cambiar esa tesis, porque en cualquier momento ante le echo de permitir que los estudiantes realicen el examen antes de firmar el contrato, se estaría exponiendo como Miembro de la Junta Directiva, al haber tenido esta discusión en el Órgano Colegiado abierta, totalmente abierta y se podrían exponer, porque se está suponiendo que las demás universidades van a firmar el contrato y si se acepta que la UCR no lo firme. Entonces, como Miembro de la Junta Directiva, no lo puede aceptar porque la normativa que se definió, son parejas y se tienen que cumplir. Al punto de hoy con la discusión que se ha tenido, para ella esa tiene que ser la única posición e insiste que los representantes del sector empleador están de acuerdo.

El licenciado Gutiérrez Jiménez ratifica esas palabras y, además, si la UCR tiene la razón en su actuar y si el convenio le faculta que, entonces, se indique. Porque se está partiendo de que todos los acuerdos que se han tomado hasta hoy, han sido basados en criterios técnicos y con las recomendaciones de la Gerencia Médica y de la administración. Le parece que está hablando también por don Renato, como representante del sector patronal. Hay una nota en la que indica don Luís Baudrit –abogado de primer orden-, que la UCR no va a firmar el contrato, porque el convenio los faculta. Por lo que si la UCR tiene razón, entonces, que se produzca la discusión sobre ese punto para indicar que no la tienen o sí. Con todo respeto le indica a la señora Presidenta Ejecutiva que en lo que no está de acuerdo, es que si está Junta Directiva avala los criterios que se les han dado, sustentándolos en las recomendaciones que se han emitido, cree que se tiene que hacer todo lo posible para que esos estudiantes puedan realizar los exámenes y se haga ingentes esfuerzos, para que se realice una reunión de negociación antes de firmar el contrato, a todas las universidades en pro de que esos estudiantes, puedan hacer los exámenes. Pero si de las universidades cualquiera decide no hacerlo, no se puede hacer una excepción, entonces, de antemano hay que detener el proceso, porque si una universidad firma y otras no, pero los estudiantes hacen el examen, significa, como ejemplo, que van a ingresar al proceso por la puerta de atrás. En ese sentido, lo que se está indicando es que hay una situación que no se está teniendo en concreto clara, por lo menos avala lo que se ha hecho, porque esa ha sido la recomendación y se ha contado con los criterios técnico y por ese aspecto, siguiendo lo que la señora Presidenta Ejecutiva y sus asesores han planteado y se han mantenido firmes; incluso; se ha pedido que se produzca una discusión de fondo de todos esos temas, para analizar todas esas aristas. Lo que necesita que se le indique es si lleva razón la Universidad de Costa Rica.

Señala la Dra. Sáenz Madrigal que el examen se hacía antes y ahora. El convenio con la UCR está vigente antes y está vigente en este momento.

El señor Loria Chaves cree que si hay un acuerdo de la Junta Directiva vigente, el examen se debe cobrar. Reitera, hay una decisión de la Junta Directiva en términos de que el examen se paga, hasta hoy esa decisión no se ha cambiado. Entonces, la instrucción que tiene los funcionarios de la Caja, es que el examen se paga. En ese sentido, le parece que la carta de la UCR se debe responder, en términos de que la instrucción de la Junta Directiva, es que el examen se paga y se produzca la discusión con la UCR, porque ha sido una controversia con la Universidad de Costa Rica, pero participan en las reuniones.

Señala la Dra. Dominique Guillén que según las instrucciones de la Junta Directiva, todas las universidades están convocadas para el próximo lunes para la firma del contrato. La carta que se recibió de la UCR se contestó, en términos de que su cita para la firma del contrato, es el día

lunes a las 9:00 a.m. sírvase presentarse a firmar. En ese momento, no se abrió la negociación sino que se le indicó, usted tiene que acudir a la cita para la firma del contrato. En el acuerdo de las reuniones, se determinó que las universidades van a firmar el contrato y sugirieron que se les dieran cinco días hábiles, para la asignación de los campos clínicos y estarían reportando el costo del examen. Entonces, de ser posible esos recursos se recuperan antes del examen, sino por lo menos antes del lunes, las universidades estarían cancelando el respectivo monto. Reitera, las universidades establecieron la condición, sino se paga no hay examen y siguiendo las instrucciones de la Junta Directiva, si la universidad se niega a firmar el contrato, se elevará la situación ante el Órgano Colegiado y se comunicará, por ejemplo, que la UCR no firmó el contrato.

Por su parte, al Director Alvarado Rivera le parece que el tema es jurídico y le gustaría que se involucre la Dirección Jurídica, para analizar cómo se va a abordar el asunto, porque las decisiones que tome la UCR, eventualmente, pueden ser adversas para la Junta Directiva por responsabilidad.

Al Director Gutiérrez Jiménez le parece que se debería dejar programada, una sesión extraordinaria para revisar el tema.

Respecto de una pregunta, responde el Dr. Esquivel que el examen es el sábado 5 de noviembre de este año y ya se tiene citadas las universidades. Le parece que hay que esperar qué sucede el próximo lunes.

Señala el Dr. Devandas Brenes que puede ser que la memoria le falle, pero como no se había previsto, en ningún acuerdo se indica que la Caja iba a firmar ese contrato con ese organismo. Reitera, que puede ser que la memoria le falle, pero no existe ningún acuerdo en el que la Junta Directiva decidió que todas las universidades tienen que pagar el examen.

Aclara la Dra. Sáenz Madrigal que esa es una decisión que tomó la administración.

Sobre el particular, indica don Mario Devandas que lo que sucede es que se ha estado mencionando que hay un acuerdo de la Junta Directiva, en ese sentido y salvo que le corrijan no recuerda ese acuerdo. Efectivamente, el tema es muy complejo porque si la UCR indica que no paga el examen y si la Institución toma la decisión de que los estudiantes de esa universidad no ingresen a realizar la prueba, le preocupa porque significa que esos estudiantes, se quedan un año fuera del sistema y sin estudiar. Entonces, se produce el problema y estima que habría que llegar a un acuerdo con los estudiantes, o determinar cómo se resuelve la situación. Reitera, considera que es un problema indicarle al estudiante que se queda un año sin continuar con la carrera.

A la Directora Alfaro Murillo le parece que la Institución no tiene que indicarles a los estudiantes que no hacen el examen, sino que lo deben hacer los jefes correspondientes.

Continúa el Director Devandas Brenes y anota que el problema es en el sentido de que si esos estudiantes no hacen el examen en este momento, ese organismo no va a venir a Costa Rica para aplicarles el examen a los estudiantes que no lo realizaron.

Por su parte, al Director Gutiérrez Jiménez le parece que la Institución no tiene que asumir obligaciones que no le corresponden.

Al Dr. Devandas Brenes le parece que la Caja se inmiscuyó más de la cuenta en esa transición y se está terminando con “un pie adentro y otro afuera”, incluso, según un documento que había hecho el CENDEISSS, el examen a la Caja le costaba veintitrés millones de colones y en este momento, el costo es de cuarenta millones de colones. El CENDEISSS indicó que ese examen no lo hacía la Caja, porque era muy costoso y había hecho un estudio, en el que determinó que el costo del examen era de veintitrés millones de colones y, en este momento, el costo es de cuarenta millones de colones.

Aclara la Dra. Sáenz Madrigal que cuarenta mil dólares es el costo de la aplicación de ese examen.

Aclara la Dra. Guillén que fue la estimación de un eventual costo del examen, pero hay que tomar en cuenta que es un examen general. Por otra parte, en el CENDEISSS hubo que resolver el tema de 258 contenciosos administrativos, 232 medidas administrativas, 28 recursos de amparo, los cuales requirieron tiempo completo de los profesionales de derecho de la Dirección Jurídica, así como de personal administrativo y médico del CENDEISSS. Por lo que cree que este examen, definitivamente, el costo iba en aumento y siempre fue cuestionado por la UCR, ese aspecto se dio a conocer a la luz pública y, también, fue conocido por las universidades privadas. Entonces, se buscó un ente transparente, es un ente externo el que va a realizar el examen.

El Subgerente Jurídico indica que le preocupa la juridicidad del tema y se conoce cómo funciona el asunto, en términos de que el día de mañana, se indica que la Asesoría Legal indica no, por lo siguiente: la Junta Directiva tomó un acuerdo en el que definió que las universidades tenían que pagar ese examen, hasta ese momento es una línea de actuación que le marca la Junta Directiva a la administración. No obstante, no vincula ninguna universidad o sea, la universidad que quiso firmar el convenio o contrato, lo firmó y está obligada a firmar, pero la que no lo firma no está obligada a pagar. Entonces, el tema de si una universidad no paga, qué sucede con los estudiantes, es una decisión que se tendrá que tomar y no sabe si la administración o el Órgano Colegiado. Se podría pensar en automático, es decir, que la consecuencia de que la universidad no pague, es que los estudiantes no hacen el examen, pero él no se va a tomar esa atribución de indicarlo como asesor legal, porque es una decisión de otro orden. Lo indica dado que de alguna manera, ha escuchado que el examen “va porque va”; sin embargo, las consecuencias de ese proceso, no están totalmente claras, pero como Asesor Legal si puede indicar ese aspecto, no determina la fuerza de cobro a una entidad que no ha firmado un contrato, el cual sería el vínculo jurídico que le autoriza ir a cobrar. En esos términos, cómo actúa la administración de frente a una universidad que no firma el contrato, pero ese aspecto se lo deja a la administración. No obstante, deja claro ese aspecto en cuanto a las consecuencias patrimoniales sobre el asunto.

Señala el licenciado Gutiérrez Jiménez que el acuerdo es que las universidades deben de pagar, porque la administración fue instruida en ese sentido, la universidad que no firma no participa en el proceso. Entonces, cómo se le cobra, a quién se le cobra y cuáles son las consecuencias, son aspectos que debe resolver la administración. La Junta Directiva emitió las instrucciones y salvo que se modifique la decisión del Órgano Colegiado, la administración debió de tomar todas las

previsiones del caso, para lograr esa exigencia de cobro que se menciona. Lo que quiere dejar constando en actas, es que no está de acuerdo en que la Caja pague un centavo de esa suma de dinero. Porque el acuerdo que tomó la Junta Directiva es que la Caja no paga el examen, sino que avalaba y si el mecanismo que se utilizó, dicho sea de paso y le indica a don Mario, que se había tomado el acuerdo de que ese era el mecanismo de contratación. Lo que se hizo fue enviar las señales para indicar que esas eran las condiciones y punto.

Al Director Devandas Brenes le parece que como lo indicó muy bien don Gilberth Alfaro, el tema tiene consecuencias que van más allá del aspecto contractual jurídico o de pago o no pago. Considera que en este momento está en un problema, por lo que se ha indicado en la Junta Directiva, para la misma administración porque, si la administración toma una decisión sin consultar el Órgano Colegiado, eventualmente, podría tener una controversia. Sugiere y acoge la propuesta de don Adolfo, en términos de que se busque un espacio para analizar el asunto. Conoce que la semana entrante está muy saturada de asuntos, porque sería muy importante que esté presente también el Dr. Fallas y doña Mayra Soto, para discutir y analizar y darle una instrucción, en un sentido u otro a la administración, porque si se termina la sesión sin que se tome un acuerdo, el CENDEISSS queda en un problema y la Gerencia Médica también. Se inclina porque el tema se analice, incluso, adelante, le parece que hay una transición y en ella hay que buscar la forma de resolverla, haciendo la menor cantidad de conflicto. No obstante, en este momento, se necesita que todos los Miembros de la Junta Directiva, participen para tomar una decisión que le otorgue a la administración tranquilidad.

Manifiesta la señora Presidenta Ejecutiva que ha escuchado la discusión y respeta las posiciones de los Miembros de esta Junta Directiva. Recuerda que el Órgano Colegiado puede tomar una decisión y puede revocarla, tampoco es que las decisiones están tomadas sin que se puedan revertir. Repite, la Junta Directiva puede revocar las decisiones que tome, también las puede modificar, las puede anular y las puede ampliar, lo que no se puede obviar es que se tomó una decisión y cree que es clarísima. En lo personal se ubica del lado de los estudiantes y lo acepta, está del lado de los estudiantes de la UCR, porque este no es un pulso entre la Caja y la UCR, pero así se está planteando y no debería de ser. Entonces, en esa lógica para ella era bastante aceptable que se va a hacer el esfuerzo, se va a convocar a la UCR y se van a levantar las actas, se va a conocer los representantes de las universidades que asistieron y, luego, se procede a determinar cómo se va a proceder. Porque es un problema que los estudiantes de la UCR se queden sin campos clínicos.

Indica don Adolfo Gutiérrez que sería por una decisión de la Universidad de Costa Rica, sino se les pueden asignar campos clínicos a sus estudiantes.

Señala doña Rocía que, independientemente, de ese aspecto, su formación de docente, también la “traiciona” y así lo está indicando. Comenta que ella fue estudiante de medicina, hizo exámenes y conoce lo que es alcanzar a ese lugar.

El Director Gutiérrez solicita la palabra y la Dra. Sáenz Madrigal señala que ella les permitió a los señores Directores manifestar sus puntos de vista y en este momento, solicita que le permitan expresar su posición, porque está justificándola. Le parece que lo que se tiene que hacer es esperar la reunión del lunes, para observar qué sucede, no esperar que si sucederá una situación difícil de resolver. Le parece que se debería estar apuntando, enérgicamente y con conocimiento,

para hacerles llegar a todos los actores de la UCR, de que es muy importante que firme el contrato, porque los estudiantes serían lo perjudicados con esa decisión. Piensa que aunque el CENDEISSS haya enviado una nota indicando que se esperan en esa reunión el día lunes a las 9:00 a.m., le parece muy importante aclarar el tema de que el examen se aplicaba antes y hubo campos clínicos. En este momento, hay examen o el convenio está vigente, porque ese no es un argumento para que no se pague el examen. En ese sentido, le solicita al CENDEISSS que se redacte el documento, de manera que quede jurídicamente nítido para que se genere esa voluntad, la cual no afecte los estudiantes. Aclara que no es simplemente que se cite a la universidad en forma mandataria, porque lo que produce es una situación de tensión entre las dos instancias y diría que se va a estar atentos a la reunión y dependiendo de lo que se resuelva, se convocaría o no a una reunión. Hace hincapié en aclarar en que a ella le preocupó la situación de los estudiantes, por encima de cualquier presunción institucional.

El licenciado Gutiérrez Jiménez concuerda con la señora Presidenta Ejecutiva y más en esta Junta Directiva, porque ningún Director puede desatender el interés de que esos estudiantes hagan el examen. Solicita perdón pero los Directores de la Junta Directiva se tienen que ubicar, cada quien en el puesto que tiene, él sería el primero en provocar y promocionar cualquier solución jurídica y respetando los intereses de cada quien, para que los estudiantes hagan el examen. Ese tema no está en discusión, el asunto de fondo es porque le parece que no se debió tener una situación de esa naturaleza y así muy bien lo indica doña Marielos Alfaro, los representantes del sector privado no están sometiendo a una situación de riesgo, a los estudiantes porque él no lo podrá admitir, dado que lo único que han hecho las universidades es formar los estudiantes y se tendrá que hacer el examen, el cual en este momento tiene un costo y las universidades lo deben asumir. Si el convenio tiene razón de ser, entonces, que se indique y, por segunda vez lo indica, si ese convenio le da la razón a la UCR que se informe a esta Junta Directiva y si no lo tienen, se tomen las decisiones hoy o cuando se crea conveniente, antes del examen para no hacer “el ridículo”, pero como aquí se tomó un acuerdo, él promueve el hecho de que se hagan todos los esfuerzos como lo indica la Dra. Sáenz Madrigal, para que todas los representantes de la universidad, asistan a la reunión y firmen, pero qué sucede si la UCR no firma ese convenio. La decisión de esta Junta Directiva, fue instruir a la administración para que tomara las medidas del caso, para cobrar el examen y esa decisión, como lo indica don José Luis Loría no ha variado, aunque no tiene problema de que se varíe esa decisión con argumentos, criterios técnicos y recomendaciones. Si alguna situación se modifica de aquí al lunes o martes, a él por favor lo convoquen y el con mucho gusto, viene en aras de poder solucionar la situación para los estudiantes, pero lo que no quisiera es que se genere un litigio, como bien lo indica la señora Presidenta Ejecutiva, entre la UCR contra la Caja, pero tampoco se van a asumir las responsabilidades que son de otras autoridades.

**Se toma nota** presentación.

La doctora Guillén Femenías y el doctor Esquivel Sánchez se retiran del salón de sesiones.

Ingresa al salón de sesiones el Gerente Administrativo, licenciado Ronald Lacayo Monge, y el doctor Mario Enrique Agüero Chinchilla, Coordinador de Programa de Trasplantes.

**ARTICULO 34°**

La señora Gerente Médico se refiere a la situación que se presenta en el caso de la modalidad específica de pago a los profesionales en medicina participantes en el proceso de donación y trasplante de órganos y tejidos en la Caja

La licenciada Coto Jiménez presenta la propuesta de acuerdo que se lee así:

1) Propuestas de acuerdo:

Con base en la presentación y recomendación realizada por la Gerencia Administrativa y la Gerencia Médica sobre el proceso de elaboración de propuesta para la “Modificación de la modalidad específica de pago a los profesionales en medicina participantes en el proceso de donación y trasplante de órganos y tejidos en la Caja Costarricense de seguro Social”, la Junta Directiva **ACUERDA:**

**ACUERDO PRIMERO:** Para los médicos de diversas especialidades que participan en la actividad de donación y trasplante en la Institución y que se encuentran cubiertos por el Reglamento Único de Disponibilidad, continuar con dicha modalidad de pago para la cobertura de los servicios, siempre y cuando se encuentre diariamente un único profesional bajo esta modalidad.

2) Propuestas de acuerdo:

**ACUERDO SEGUNDO:** Para los médicos especialistas que atienden únicamente trasplantes y que no se encuentran cubiertos por el Reglamento Único de Disponibilidades, se aprueba el Modelo presentado, correspondiendo el pago de un **20% diario** sobre el salario base hasta por un máximo de quince días por el **tiempo fijo** disponible y el **tiempo variable** ajustado al Modelo presentado. En el caso de requerir un segundo o tercer profesional médico se aplicará la modalidad de pago de tiempo variable.

3) Propuestas de acuerdo:

**ACUERDO TERCERO:** Los otros profesionales (no médicos especialistas) que participan en el día del operativo de trasplante, la remuneración se realizará bajo el modelo presentado de tiempo efectivo variable sin el pago de tiempo fijo disponible, independientemente del resultado del operativo. Queda bajo la exclusiva responsabilidad de las Direcciones Médicas de los centros los mecanismos de control y supervisión respectivos. Lo anterior hasta tanto se defina qué tipo de certificación en trasplantes se va a solicitar al resto del personal que se va a incluir.

4) Propuestas de acuerdo:

**ACUERDO CUARTO:** Derogar el artículo 23° de la sesión N° 8795, celebrada el 20 de agosto de 2015, dejando sin efecto la modalidad de pago “Modalidad de remuneración para las actividades de donación y trasplante en sus formas de “Tiempo Disponible fijo D y T” y “Tiempo Efectivo Variable D y T”.

**ACUERDO QUINTO:** Instruir a la Gerencia Administrativa y a la Gerencia Médica para que con el apoyo de expertos de organismos internacionales, continúen el análisis de

modelos de pago a nivel internacional y definición de los perfiles de puestos requeridos para las actividades de donación y trasplante.

- 5) **ACUERDO SEXTO:** Dar por recibido en informe presentado por la Gerencia Médica y la Gerencia Administrativa y por ende dar por atendido lo acordado en el artículo 3 de la sesión N°8824.

Señala la señora Gerente Médico que hace más de seis meses, se está negociando un modelo de pago para la modalidad específica de los profesionales en medicina, participantes en el proceso de donación y trasplante de órganos y tejidos en la Caja. Después de múltiples negociaciones y horas invertidas con la Gerencia Administrativa, los especialistas y con los grupos de trasplante. Hace hincapié en que el proceso se convirtió en una democracia demasiado abierta y todos los involucrados participaron. Se les había autorizado un pago a los médicos, luego, sin que medie ninguna acreditación de otros profesionales, incluyeron, a los Microbiólogos, además, se quiere incluir a los técnicos y las demandas han sido excesivas. Unido al hecho que, lamentablemente, en este año, se tiene una baja en los trasplantes que se han realizado, aunque ha habido todo tipo de trasplante; pero también ha habido poca procuración de órganos y poca aceptación de las personas para la procuración de los órganos para el trasplante y no haber habido consenso. Se planteó una propuesta, la cual se presentará por parte de la administración sin negociación, indicando que es una transición. Por otro lado, también se le solicitó a la Organización Panamericana de la Salud (OPS), asignar o contratar algún experto internacional que asesore en el tema, porque el Dr. Marvin Agüero no es médico trasplantólogo y es el funcionario que tiene destacado en el proceso la Gerencia Médica. Por lo que se quisiera tener alguna persona que tuviese la suficiente solidez técnica, que pueda indicar quién y quiénes no pueden participar en el proceso, además, de cuál es el modelo de pago y como se puede gestionar. Porque dentro de ese modelo de pago, se está proponiendo un monto fijo para todos los profesionales, haya o no trasplantes. Es una situación muy difícil, por ejemplo, ayer en la tarde se convocaron a los médicos trasplantólogos y como era después de las 4:00 p.m., no se presentaron y enviaron a los coordinadores que son médicos generales o enfermeras, para que conocieran cuál era la posición de la administración, la cual se les iba a presentar a los Miembros de la Junta Directiva. En ese momento, indican que después de ocho meses de negociación, no quieren aceptar lo que han propuesto y que de seguro, van a hacer paro y no van a aceptar realizar más trasplantes. Hace énfasis en que, realmente no se tiene argumento para aceptar la propuesta que están planteando.

Por su parte, al Director Alvarado Rivera le parece que bajo esa condición de presión, no está de acuerdo en que se negocie. Su criterio es en términos de que se les indique a esos grupos de profesionales, que los trasplantes han disminuido en el país, entonces, los pacientes se pueden enviar a otro país para que se les realice el proceso. En ese sentido, con base en todas las minutas de las reuniones donde no quisieron aceptar las propuestas de la Caja, quede constando por escrito y cuando se haga se planté la situación, se publiquen para la opinión pública cuáles son las propuestas, en el sentido de lo que se quiso hacer, porque lo que quieren es sangrar a la Institución y como responsabilidad que se tiene en la Caja, se tiene que mandar los pacientes fuera del país para que se les realice el trasplante. Manifiesta su preocupación, porque le parece que “estamos secuestrados” por esos profesionales y, por lo menos, con su voto no está de acuerdo.

**Por lo tanto**, conocida la información presentada por la señora Gerente Médico respecto de la situación que se presenta en el caso de la modalidad específica de pago a los profesionales en medicina participantes en el proceso de donación y trasplante de órganos y tejidos en la Caja, en concordancia con lo resuelto en el artículo 3° de la sesión N° 8847, celebrada el 6 de junio del año 2016 y dentro del espíritu de lo acordado en el artículo 3° de la sesión N° 8824, celebrada el 4 de febrero del año 2016, la Junta Directiva –en forma unánime- **ACUERDA** que se mantenga lo acordado en el apartado I del artículo 3° de la sesión N° 8824 hasta la próxima sesión que tendrá lugar el 3 de los corrientes, es decir, en el tanto este órgano colegiado tiene la oportunidad de analizar la situación en referencia.

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.

Se retiran del salón de sesiones la Gerente Médico, el Gerente Administrativo, el licenciado Ronald Lacayo Monge, y el doctor Mario Enrique Agüero Chinchilla, Coordinador de Programa de Trasplantes.

#### **ARTICULO 35°**

**Se dispone** reprogramar, para la sesión del 3 de noviembre del año en curso, la presentación de los asuntos que se detallan:

#### **I) Gerencia Médica:**

##### **a) Proyectos de ley:**

*a.i Expediente N° 20.101, Proyecto **BENEMERITAZGO DEL HOSPITAL NACIONAL DE NIÑOS "DR. CARLOS SÁENZ HERRERA"**. Se traslada a Junta Directiva la nota número PE-63847-2016, fechada 21 de los corrientes, suscrita por la Jefe de Despacho de la Presidencia Ejecutiva: se anexa la comunicación número CJNA-1828-2016, de fecha 20 de octubre del año 2016, suscrita por la licenciada Ana Julia Araya Alfaro, Jefa de Área, Comisión Permanente Especial de Juventud, Niñez y Adolescencia de la Asamblea Legislativa. **Se externa criterio en oficio N° GM-SJD-20675-2016 del 21-10-16.***

*Solicita prórroga 15 días hábiles para emitir criterio*

*a.ii Expediente N° 19.599, Proyecto **"PARA QUE SE REFORME INTEGRALMENTE LA LEY QUE CREA LA REGIÓN DE HEREDIA, N° 7775 DEL 29 DE ABRIL DE 1998"**. Con la atenta solicitud de que se externe criterio, para la sesión del 27 de octubre del presente año, le adjunto copia de Se traslada a Junta Directiva la nota número PE-63824-2016, fechada 19 de los corrientes, suscrita por la Jefe de Despacho de la Presidencia Ejecutiva: se anexa la comunicación de 18 de octubre en curso, número CH-123-2016, que firma la licenciada Ana Julia Araya Alfaro, Jefa de Área de la Comisión Permanente de Asuntos Sociales de la Asamblea Legislativa. **En oficio N° GM-SJD-20850-2016 del 26-10-2016.***

## II) Gerencia de Infraestructura y Tecnologías:

### a) *Contratación administrativa: para decisión.*

**a.i** Propuesta declaratoria de infructuoso licitación pública 2015LN-000001-4402: *adquisición de terreno para la construcción y equipamiento del Centro de Almacenamiento y Distribución de la CCSS.* (Ref.: GIT-4066-2016), *se solicitó información complementaria en el artículo 21° de la sesión N° 8869 del 20-10-2016.*

**b)** *Asunto informativo: 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).

### c) Proyecto de ley: se externa criterio

**c.i** *Expediente N° 19.478, texto sustitutivo Proyecto “LEY DE DESARROLLO DE OBRA PÚBLICA CORREDOR VIAL SAN JOSÉ-HEREDIA MEDIANTE FIDEICOMISO”.* Se traslada a Junta Directiva la nota número PE-63836-2016, fechada 20 de los corrientes, suscrita por la Jefe de Despacho de la Presidencia Ejecutiva: se anexa la comunicación número CH-114-2016, de fecha 19 de octubre del año 2016, suscrita por la licenciada Ana Julia Araya Alfaro, Jefa de Área, Comisión Permanente de Asuntos Sociales de la Asamblea Legislativa. *Se solicitó criterio con las Gerencias Pensiones y de Infraestructura y Tecnologías coordinar lo correspondiente y remitir el criterio unificado. En oficio N° GIT-4708-2016 del 26-10-2016, emite criterio.*

## III) Gerencia Financiera.

### *Asuntos informativos:*

**a)** **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.*

**b)** **Oficio N° GF-54.224-2106** de fecha 26 de setiembre de 2016: informe general de avance del *“Plan de Innovación para la mejora de la Gestión Financiera, Administrativa y Logística”.*

## IV) Gerencia de Logística: asunto para decisión:

**a)** **Oficio N° GL-44.476-2016** de fecha 11 de octubre de 2016: **atención artículo 8°, sesión N° 8852 de 30-06-2016:** informe acciones realizadas en relación con la denuncia (documento falso) presentada por la empresa Enhmed S.A, en contra de la empresa Instrumental Médica y Dental de Centroamérica S. A. (Ref.: Licitación pública N° 2015LN-000028-05101)

**V) Gerencia de Pensiones:**

- a) *Se solicitó información complementaria en la sesión del 13-10-16, N° 8868, artículo 10°: oficio N° GP-60.745-2016* de fecha 31 de agosto de 2016: remisión nota técnica Seguro de Invalidez, Vejez y Muerte, Estimación del impacto financiero de incrementar la prima de financiamiento en un punto porcentual.

**VI) Comisión Administrativa Financiera:**

- a) **Oficio N° 60.652**, fechado 13 de octubre del 2016: atención artículo 3° de la sesión N° 8739 del 24-09-2014: resultados de la revisión de las metodologías de razonabilidad de precios de los procedimientos de compras promovidas por la Institución.

**VII) 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.

*Asuntos informativos:*

- b) **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.**
- c) **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.
- d) **Dirección de Planificación Institucional: asuntos para decisión.**

**d.1 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.*

- d.2 Oficio N° DPI-186-16**, de fecha 18 de abril del año 2016: informe ejecutivo del IGIS “Índice de gestión Institucional período 2013-2015” (Ref.: PE-55833-16); se atiende la solicitud del Director Barrantes Muñoz.

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

**A) Planteamientos Director Barrantes Muñoz:**

**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 N° 55.838 de la Presidencia Ejecutiva.

Mediante el oficio 10 de octubre del año 2016, N° 60.645, dirigido a todos los Gerentes, la Presidenta Ejecutiva les solicita presentar el informe en un plazo de quince días; la Gerencia Administrativa coordina la presentación del informe unificado.

- 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*.

Mediante la nota del 10 de octubre del año 2016, N° 60.646, dirigido a la Gerente Médico, al Gerente Administrativo y al Director de Planificación Institucional, la Presidenta Ejecutiva les solicita presentar el informe unificado en un plazo de quince días; coordina lo correspondiente la Gerencia Médica.

- 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.

Mediante el oficio del 10 de octubre del año 2016, N° 60.647, dirigido a las Gerentes Médico, de Infraestructura y Tecnologías, y Logística, y a los Gerentes

Administrativo, Financiero y de Pensiones, la Presidenta Ejecutiva les solicita presentar el informe unificado en un plazo de veintidós días; la Gerencia de Infraestructura y Tecnologías coordina la unificación del informe.

- 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.

Mediante el oficio 10 de octubre del año 2016, N° 60.649, dirigido al Gerente Financiero, la Presidenta Ejecutiva le solicita presentar el informe con la brevedad posible.

- 5) Informe actualizado a la Junta Directiva de la Contraloría de Servicios de la CCSS.
- 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.

Mediante el oficio del 10 de octubre del año 2016, dirigido al Gerente Administrativo, N° 60.651, Presidenta Ejecutiva le solicita presentar el informe, con la brevedad posible.

- 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.
- 9) Instruir a las Gerencias Médica, Financiera y de Infraestructura y Tecnología, para que establezcan y ejecuten las acciones y disposiciones necesarias, que garanticen que las bases de datos personales EDUS y SICERE cumplan con lo establecido en la Ley de Protección de datos personales.

**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 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:

7) ¿En qué consiste esa investigación?

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

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

10) ¿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:**

**d.1.** Informe COMISCA.

**d.2** Agentes del INS.

**E) Planteamiento Director Loría Chaves:**

**e.1.** Clasificación del Área de Salud de Goicoechea 2, en resguardo de los acuerdos de Junta Directiva.

**e.2.** Conocimiento del protocolo de readaptación laboral aprobado por la Gerencia y sus impactos.

**F) Directores Devandas Brenes, Gutiérrez Jiménez y Barrantes Muñoz:**

Solicitud para que se presente el informe en relación con el internado universitario y el tema de los médicos especialistas.

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