

Jueves 6 de abril de 2017

**N° 8899**

Acta de la sesión ordinaria número 8899, celebrada por la Junta Directiva de la Caja Costarricense de Seguro Social, a las 9 horas del jueves 6 de abril de 2017, con la asistencia de los señores: Presidenta Ejecutiva, Dra. Sáenz Madrigal; Vicepresidente, Dr. Fallas Camacho; Directores: Licda. Soto Hernández, Lic. Barrantes Muñoz, Sr. Loría Chaves, Lic. Gutiérrez Jiménez, Lic. Alvarado Rivera; Subauditor, Lic. Ólger Sánchez Carrillo; y Lic. Alfaro Morales, Subgerente Jurídico. Toma el acta Emma Zúñiga Valverde.

El Director Devandas Brenes retrasará su llegada a esta sesión.

La Directora Alfaro Murillo informó que, por razones de salud, no le es posible participar 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 la agenda distribuida para la sesión de esta fecha, que seguidamente se transcribe en forma literal:

**I) “Comprobación de quórum.**

**II) Aprobación agenda.**

**III) Meditación a cargo del Director Gutiérrez Jiménez.**

**IV) Aprobación acta de la sesión número 8883.**

**V) Correspondencia.**

**VI)**

**6.a** *10:30 a.m.: juramentación miembros “Mesa de Diálogo de los Sectores Sociales para la sostenibilidad del Seguro de Pensiones de la Caja Costarricense de Seguro Social”.*

**6.b** *Concluida la juramentación, Gerencia de Pensiones presenta a Junta Directiva: Informe de la Gerencia de Pensiones en cuanto los aspectos logísticos y otros de la Mesa de diálogo.*

**VII) Gerencia de Logística.**

**a. Asunto informativo: oficio N° GL-45.108-2017** de fecha 24 de marzo del 2017: atención artículo 17°, sesión N° 8854 del 14-07-2016: presentación informe en relación

con los concursos de medicamentos en que se prorroga la contratación por períodos adicionales; *se distribuye, para estudio y conocimiento, para la sesión del 20-4-17.*

**b. Contratación administrativa: para decisión:**

**b.1 Oficio N° GL-45.069-2017** del 17 de marzo de 2017: propuesta compra de medicamentos N° 2016ME-000122-05101, a través de Compr@red: a favor de la oferta única Inversiones ORIDAMA, oferta en plaza: ítem único: 33.500 frascos, cantidad referencial, de Lidocaína al 10% (100mg/ml), solución tópica en aerosol, frasco con 50 a 115 ml; por un precio unitario de \$45,00 cada frasco, para un total estimado por adjudicar de \$1.507.500,00.

**b.2 Oficio N° GL-45147-2017** de fecha 3 de abril de 2017: propuesta compra directa N° 2017CD-000002-5101: Vacuna influenza de virus inactivados de la gripe (Influenza). Solución o suspensión para inyección. Jeringa prellenada 0,5 ml. (unidosis) o ampolla con 0,5 ml (unidosis) o frasco ampolla con 0,5 ml (unidosis).

**VIII) 1 p.m.: Asamblea de accionistas de la Operadora de Pensiones Complementarias y de Capitalización Laboral de la Caja (OPC-CCSS), número 66:** presentación de resultados de los estados financieros de la empresa con corte al 31 de diciembre del año 2016; propuesta de Capitalización de las Utilidades del período 2016 e Informe Anual de Gobierno Corporativo 2016; nombramiento Junta Directiva OPCCSS S. A.: fecha de vencimiento de los nombramientos: 18 de abril del año 2017.

**IX) Gerencia de Infraestructura y Tecnologías: asunto informativo.**

**a) Oficio N° GIT-7227-2017** de fecha 16 de febrero de 2017: informe de avance del Proyecto *Expediente Digital Único en Salud (EDUS-ARCA)* para el I, II y III Nivel de Atención y cumplimiento disposiciones 4.4 y 4.8 del Informe DFOE-SOC-IF-07-2016.

**X) Gerencia de Pensiones: asuntos para decisión**

**a) Presentación estados financieros institucionales de los regímenes:**

**a.1. Oficio N° GP-10193-2017 del 24-02-2017:** Invalidez, Vejez y Muerte (IVM) a diciembre 2016, y

**a.2. Oficio N° GP-10318-2017 del 3-03-2017:** Régimen no Contributivo (RCN) a diciembre 2017.

**b) Proyectos de ley:**

*Se externa criterio*

**1) Se externa criterio en oficio N° GP-10794-2017 del 29-03-2017: Expediente N° 20.215, Proyecto de Ley FUSIONAR (Fundir y unificar Superintendencias, ordenando la normativa, para ahorrar recursos).** Se traslada a Junta Directiva por

medio de la nota N° PE-12656-2017, fechada 9-3-17, suscrita por la Jefe de Despacho de la Presidencia Ejecutiva: se anexa la comunicación del 9-3-17, N° AL-CPAJ-OFI-0311-2017, que firma la Jefa Comisión Permanente de Asuntos Jurídicos de la Asamblea Legislativa.

*Se solicita prórroga 8 días:*

- 2) *En oficio N° GP-10814-2017 del 30-03-2017, solicita prórroga ocho días hábiles más para responder. Expediente N° 20.286, Proyecto “ley para trasladar recursos al Régimen de pensiones no contributivo administrado por la CCSS”.* Se traslada a Junta Directiva la nota número PE-12788-2017, fechada 22-3-17, suscrita por la Jefe de Despacho de la Presidencia Ejecutiva: se anexa la comunicación del 22-3-17, N° AL-CPAS-043-2017, que firma la Licda. Ana Julia Araya Alfaro, Jefa de Área, Comisión Permanente de Asuntos Sociales de la Asamblea Legislativa.

## XI) Gerencia Médica.

### Asuntos para decisión:

1. **Oficio N° GM-SJD-20993-2017:** Proyecto Construcción Hospital Max Peralta, definición de camas.
2. **Oficio N° GM-SJD-20994-2017:**

Informe I Semestre Proyecto “Abordaje listas de espera quirúrgica del Hospital San Vicente Paúl”, cumplimiento artículo 4°, sesión N° 8846. Proyectos de:

- Jornadas de Producción Gastroenterología Hospital Escalante Pradilla.
  - “Disminuir en tiempo la cantidad de estudios por ultrasonidos del área de atracción del Hospital La Anexión”.
  - “Jornadas de producción quirúrgica de salpingectomías Hospital de Guápiles”.
  - “Abordaje de listas de espera de ultrasonidos del Hospital San Vicente de Paúl.
  - Para la lectura de mamografías, Unidad Técnica de Listas de Espera.
  - Jornadas de Producción Hospital México.
3. **Oficio N° GM-SJD-20982-2017,** de fecha 3 de abril de 2017: ampliación del plazo para implementación de la modificación contractual a los contratos C-5825-2009 y C-6312-2010 ASEMECO. Acuerdo artículo 16° de la sesión N°8881.

### Asuntos informativos:

- a) **Oficio N° GM-SJD-23780-16,** de fecha 22 de diciembre de 2016: presentación informe en relación con la creación de una unidad de investigación biomédica; *se atiende solicitud del Director Barrantes Muñoz* (punto 8 de las Proposiciones y asuntos de los señores Directores).

- b) **Oficio N° GM-SJD-20572-2017**, de fecha 24 de marzo de 2017: atención artículo 3°, sesión N° 8892 del 9-03-2017: presentación respecto al uso y evolución de pacientes tributarios al medicamento Rituximab.
- c) **Oficio N° GM-SJD-20577-2017**, de fecha 24 de marzo de 2017: atención artículo 27°, sesión N° 8874 del 17-11-2016: presentación respecto del impacto financiero de los medicamentos no incluidos en la Lista Oficial de Medicamentos (NO LOM).
- d) **Oficio N° GM-SJD-20608-2017**, de fecha 31 de marzo de 2017: presentación Informe Programa de trasplante hepático y cirugía hepatobiliar.

**Proyectos de ley:**

***Se externa criterio:***

- a) **Expediente N°20.144, Proyecto “Ley para la adquisición solidaria de medicamentos y vacunas de alto impacto financiero de la Caja Costarricense de Seguro Social”**. Se traslada a Junta Directiva por medio de la nota N° PE-12814-2017, fechada 24-3-17, suscrita por la Jefe de Despacho de la Presidencia Ejecutiva: se anexa la comunicación del 23-3-17, N° AL-CPOJOFI-0465-2017, que firma la Licda. Nery Agüero Montero, Jefa de Área de la Comisión Permanente de Asuntos Jurídicos de la Asamblea Legislativa. Se solicitó criterio unificado a las Gerencias Financiera y Médica, que coordina lo correspondiente y remite el criterio unificado. *Se externa criterio.*
- b) **Expediente N° 19.850, texto sustitutivo Proyecto “LEY DE CREACIÓN DE LOS BANCOS DE LECHE MATERNA”**. Se traslada a Junta Directiva por medio de la nota N° PE-12235-2017, fechada 25-01-2017, suscrita por la Jefe de Despacho de la Presidencia Ejecutiva: se anexa la comunicación del 25-1-17, N° AL-CPEJNA-003-2017, que firma la Licda. Ana Julia Araya Alfaro, Jefe de Área, Comisión Permanente Especial de Juventud, Niñez y Adolescencia de la Asamblea Legislativa. (Art-33°, ac.-III, Ses. 8893). *Se externa criterio.*

**Solicita prórroga 15 días hábiles más para responder:**

- a) **Expediente N° 19.309, Proyecto de Ley “REFORMA INTEGRAL A LA LEY REGULATIVA DE LOS DERECHOS Y DEBERES DE LAS PERSONAS USUARIAS DE LOS SERVICIOS DE SALUD PÚBLICOS Y PRIVADOS, LEY N° 8239 DE 19 DE ABRIL DE 2002”**. Se traslada a Junta Directiva mediante la nota N° PE-64459-2016, fechada 15-12-16, suscrita por la Jefe de Despacho de la Presidencia Ejecutiva: se anexa la comunicación del 14-11-16, N° DH-128-2016, que firma la Lida. Flor Sánchez Rodríguez, Jefe de Área de la Comisión Permanente Especial de Derechos Humanos de la Asamblea Legislativa. (Art-33°, ac.-I, Ses. 8893). *En oficio N° GM-SJD-20599-2017 del 27-03-2017.*
- b) **Expediente N° 19.243, texto actualizado del Proyecto de Ley “Reforma Integral a la Ley General del VIH”**. Se traslada a Junta Directiva por medio de la nota N° PE-12217-2017, fechada 24-01-2017, suscrita por la Jefe de Despacho de la Presidencia Ejecutiva: se anexa la comunicación del 23-1-17, N° DH-159-2017, que firma la Jefe de Área de la

Comisión Permanente Especial de Derechos Humanos de la Asamblea Legislativa. (*Art-33°, ac.-II, Ses. 8893*). *En oficio N° GM-SJD-20603-2017 del 27-03-2017.*

- c) **Expediente N° 18.330, Proyecto “LEY NACIONAL DE SANGRE”**. Se traslada a Junta Directiva la nota N° PE-12791-2017, fechada 22-3-17, suscrita por la Jefe de Despacho de la Presidencia Ejecutiva, a la que se anexa la comunicación del 22-3-17, N° AL-CPAS-052-2017, que firma la Licda. Ana Julia Araya Alfaro, Jefa de Área, Comisión Permanente de Asuntos Sociales de la Asamblea Legislativa. *En oficio N° GM-SJD-20604-2017 del 27-03-2017.*
- d) **Expediente N° 20.174, Proyecto de Ley, “LEY MARCO PARA PREVENIR Y SANCIONAR TODAS LAS FORMAS DE DISCRIMINACIÓN, RACISMO E INTOLERANCIA”**. Se traslada a Junta Directiva mediante la nota N° PE-12762-2017, fechada 20-3-17, suscrita por la Jefe de Despacho de la Presidencia Ejecutiva: se anexa la comunicación del 20-3-17, N° DH-190-2017, que firma la Lida. Flor Sánchez Rodríguez, Jefe de Área, Comisión de Derechos de la Asamblea Legislativa. *En oficio N° GM-SJD-20602-2017 del 27-03-2017.*

**XII) Gerencia Financiera: para decisión. *Se propone reprogramar presentación para la sesión del 20-4-17.***

**a) Proyectos de ley:**

- 1) **Expediente N° 20.204, Proyecto “REFORMAS DEL MARCO LEGAL PARA LA SIMPLIFICACIÓN Y EL FORTALECIMIENTO DE LA GESTIÓN PÚBLICA”**. Se traslada a Junta Directiva por medio de la nota N° PE-12766-2017, fechada 21-3-17, suscrita por la Jefe de Despacho de la Presidencia Ejecutiva: se anexa la comunicación del 20-3-17, N° AL-19223-OFI-0082-2017, que firma la Licda. Silvia María Jiménez Jiménez, Encargada de la *Comisión Especial de reformas al sistema político, constitucional, legislativo y electoral del Estado, que evalúe, analice, defina, elabore, proponga y dictamine políticas públicas y proyectos de ley referentes al modelo de estado costarricense, su administración, su estructura y su sistema político, constitucional, legislativo y electoral, con el objetivo de optimizar los recursos públicos y mejorar el desempeño de manera eficiente del Estado costarricense*, de la Asamblea Legislativa. *Se solicitó criterio Auditoría y las Gerencias de Logística, Pensiones y Financiera, quien coordina lo correspondiente y debe remitir el informe unificado. (Art-32°, ac. I, Ses. N° 8897)*
- 2) **Expediente N° 20.265, Proyecto “LEY DE PROTECCIÓN PARA EL CUMPLIMIENTO DEL SALARIO MÍNIMO”**. Se traslada a Junta Directiva mediante la nota número PE-12789-2017, fechada 22-3-17, suscrita por la Jefe de Despacho de la Presidencia Ejecutiva, a la que se anexa la comunicación del 22-3-17, N° AL-CPAS-047-2017, que firma la Licda. Ana Julia Araya Alfaro, Jefa de Área, Comisión Permanente de Asuntos Sociales de la Asamblea Legislativa. (*Art-32°, ac. II, Ses. N° 8897*)

**XIII) Gerencia Administrativa: para decisión. *Se propone reprogramar presentación para la sesión del 20-4-17.***

**Proyectos de ley:**

- a) **Externa criterio en oficio N° GA-41464-2017 del 14-03-2017: Expediente N° 20.227, Proyecto de Ley, “TRANSICIÓN AL TRANSPORTE NO CONTAMINANTE”.** Se traslada a Junta Directiva mediante la nota N° PE-12577-2017, fechada 28-2-17, suscrita por la Jefe de Despacho de la Presidencia Ejecutiva: se anexa el oficio N° CG-285-2017, del 28-02-2017, que firma la Jefa de Área, Comisión Permanente de Gobierno y Administración de la Asamblea Legislativa. (Art. 36°, Ses. 8893).

**Solicita prórroga 10 días hábiles más para responder:**

- b) **Solicitud referéndum: Proyecto de Ley, (SN) “PARA LA DEFENSA DE LA AUTONOMÍA DE LA CAJA COSTARRICENSE DEL SEGURO SOCIAL”.** Se traslada a Junta Directiva mediante la nota N° PE-12778-2017, fechada 21-3-17, suscrita por la Jefe de Despacho de la Presidencia Ejecutiva, a la que se anexa la comunicación del 20-3-17, N° AL-DEST-OFI-069-2017, que firma el Sr. Fernando Campos Martínez, Director a.i. del Departamento de Estudio, Referencias y Servicios Técnicos de la Asamblea Legislativa. En oficio N° GA-41600-2017 del 27-03-2017.

**XIV) Auditoría.**

- a) **Oficio N° 47871,** de fecha 23 de febrero de 2017: informe gerencial sobre la actividad desplegada por la Auditoría Interna durante el período-2016, *distribuido el 23-02-2017.*

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

- a) **Oficio N° P.E.1896-2016** de fecha 23 de junio de 2016: nuevo diseño del Plan Estratégico Institucional 2015-2018; se atiende lo solicitado en el artículo 22°, apartado 5, sesión N° 8818: **se acordó:** *instruir a la Presidencia Ejecutiva y a las Gerencias para que inicien un proceso de divulgación del citado Plan Estratégico Institucional.*
- b) **Oficio N° P.E.12760-2017** de fecha 22 de marzo de 2017: solicitud prórroga, por un plazo de 12 (doce meses) adicionales, a partir del 1° de mayo del 2017 a la Dra. Julia Li Vargas como Directora del Proyecto de Reestructuración Organizacional del Nivel Central de la Caja.

***Informe participación en actividad en el exterior:***

- c) **Oficio N° P.E.-12628-2017**, fechado 23 de marzo de 2017: informe participación en la reunión de alto nivel sobre “*Aportes de la seguridad social a la equidad de género en Iberoamérica*”, que se realizó en Madrid, España.

**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 En oficio N° DPI-554-16 fechado 20 de diciembre-2016: solicita retiro del oficio N° DPI-186-16, del 8-014-2016** que contiene el informe ejecutivo del IGIS “*Índice de gestión Institucional período 2013-2015*”, con el fin de presentar el informe integrado del período 2013-2016 en febrero-2017 (Ref.: PE-55833-16); se atiende la solicitud del Director Barrantes Muñoz.

**XVI) Proposiciones 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.

*En proceso de atención y seguimiento:* 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. *En oficio N° GA-49308-2016 del 5-12-2016: solicita prórroga para presentación del informe./ La Presidencia Ejecutiva según oficio N° PE-64442-2016 concede plazo para que se presente informe primera semana febrero 2017: propuesta integrada entre Gerencia Admva. y Dirección Planificación Institucional del Modelo integral de riesgos que incluya definición hoja ruta para Mapa riesgos institucional.*

- 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.

**Asunto en proceso de atención:** mediante la nota N° 68.310 se ha solicitado a la Gerencia de Logística atender el asunto y presentar el informe pertinente.

- c) Presentación a Junta Directiva de la propuesta final para resolución del proyecto de reforzamiento del edificio Laureano Echandi.

**Asunto en proceso de atención:** 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) 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.

**Asunto en proceso de atención:** 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.

- 3) 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.

**Asunto en proceso de atención:** 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.

- 4) 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.

- 5) 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.

- 6) Instruir a las Gerencias Médica, Financiera, y de Infraestructura y Tecnologías, 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.

**Asunto en proceso de atención:** mediante la nota Nº 68.307 se ha solicitado a las Gerencias Médica, Financiera y de Infraestructura y Tecnologías presentar el informe unificado para la segunda sesión de enero próximo.

- 7) Que se informe a la Junta Directiva sobre los alcances e implicaciones para la CCSS del documento suscrito entre la Presidencia Ejecutiva y el Ministro de Salud sobre la creación del Instituto de la Equidad en Salud.

**Anotación:** en oficio Nº P.E.64222-2016, del 24-11-16, se presenta informe de la Presidencia Ejecutiva, en cuanto a participación en el Foro intersectorial “*Los retos comunes de la Institucionalidad del SICA*” que se realizó en San Salvador, El Salvador (ahí se trató lo referente al citado documento), y en el “*Taller de consulta sobre el diseño y fortalecimiento de la plataforma de financiamiento del SMSP*”, en México.

- 8) Informe sobre la creación de una unidad de investigación biomédica y de la existencia de un convenio para ese fin con una universidad extranjera.

**Asunto en proceso de atención:** mediante la nota Nº 68.309 se ha solicitado a la Gerencia Médica atender el asunto y presentar el respectivo informe a la Junta Directiva.  
En oficio Nº GM-SJD-23780-16, fechado 22-12-16, la Gerencia Médica presenta el respectivo informe; se agendó para la sesión del 9-3-17.

**B) Planteamientos del Director Gutiérrez Jiménez: asuntos en proceso de atención por parte de la administración:**

b.1 Sostenibilidad financiera.

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

b.2 Modelo salarial. Nuevas Alternativas.

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

b.3 Modelo de Servicio.

b.4 Tema referente a la productividad.

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

**C) Mociones planteadas por el Director Devandas Brenes:****Moción N° 1:**

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

**D) Planteamiento Directora Alfaro Murillo:**

- d.1.** Informe COMISCA; *en proceso de atención*: se solicitó un informe a la Gerencia de Logística.

**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.
- e.3** Revisión del artículo 9° de la sesión N° 6527 del 6 de octubre de 1988, que otorga beneficios a los instructores del CENDEISSS”.

El Director Barrantes Muñoz sugiere que se pueda incorporar en la agenda una sesión pronta, en la que se informe, por parte de la Gerencia Médica, lo concerniente con la capacidad instalada para resolver las listas de espera. Adicionalmente, considera que sería conveniente que esta Junta Directiva, reciba un informe de todos los aspectos relacionados con los proyectos especiales concernientes a listas de espera.

Señala el Director Gutiérrez Jiménez que, además de la propuesta de don Rolando, solicita que la Presidencia Ejecutiva indique cuándo se podría tener nuevamente el informe de lo que está sucediendo con la enfermedad cardiovascular y, especialmente, con los aspectos relacionados con las supuestas situaciones del Hospital México, en la parte de cardiología y lo denunciado en algún momento por una doctora Bogantes. Considera que el tema se había planteado y, además, había un informe, el cual se había presentado como un avance. Sin embargo, es conveniente darle seguimiento a la denuncia que fue presentada por la doctora Sofia Bogantes y otros. Por otra parte, le parece que se debe insistir con el tema de sostenibilidad del Régimen de Salud. Recuerda que en algún momento se indicó que se iba a hacer una reunión sobre el tema, entonces, estima que después de Semana Santa, se podría retomar el asunto para dejar planteados algunos asunto y queden más estructurado, no solamente en las listas de espera, sino en la sostenibilidad del Seguro de Enfermedad y Maternidad (SEM) y algunos otros temas, los cuales puedan servir de base para el esfuerzo que tendrá que hacer la próxima Junta Directiva. Considera que en este año se debería dejar un informe bien elaborado y fundamentado con esos temas a nivel de la Junta Directiva, el cual esté bien formulado con los proyectos que se han realizado y con los retos que se visualizan a corto, mediano y largo plazo. Con el fin de que este informe sirva de base e inducción, repite, para los gestores que se incorporen a administrar la

Institución. Lo señala el con antelación porque este informe no estaría conteniendo temas fáciles, por lo que sugiere que se seleccionen los básicos y los puntales, o los más importantes, los cuales se le aportarían a la próxima Junta Directiva, como un esfuerzo de este Órgano Colegiado, en una orientación para quienes tengan que administrar, los cuales tendrán alguna otra visión. Repite, le parece que sería conveniente dejar ese informe documentado.

Con los comentarios planteados, que serán trasladados a la Administración, para su atención, **se da por aprobada** la agenda en consideración.

### ARTICULO 3°

**Se toma nota** de que se reprograma Meditación a cargo del Director Gutiérrez Jiménez.

### ARTICULO 4°

Se somete a consideración y **se aprueba** –por unanimidad de los presentes- el acta de la sesión número 8883.

### ARTICULO 5°

Se tiene a la vista el oficio número SP-289-2017, de fecha 21 de marzo del año 2017, suscrito por el Dr. Álvaro Ramos Chaves, Superintendente de Pensiones, en el que se refiere al oficio N° 48.395 (artículo 27° de la sesión N° 8892, celebrada el 9 de marzo del año 2017), en el que se le informa que la Junta Directiva de la Caja aprobó la conformación de la “*Mesa de Diálogo de los Sectores Sociales para la sostenibilidad del Seguro de Pensiones de la Caja Costarricense de Seguro Social*”. También manifiesta que dicha Mesa de Diálogo contará con una Secretaría Técnica que facilitará el apoyo a todos los miembros y que acordaron cursar invitación a la SUPEN para que participe en dicho proceso. Dado lo anterior, manifiesta su anuencia para que la SUPEN en forma conjunta con la Gerencia de Pensiones de la Caja pueda contribuir con el análisis de posibles ajustes al Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte, y la Junta Directiva –en forma unánime- **ACUERDA** acusar recibo, tomar nota y hacerlo del conocimiento de la Gerencia de Pensiones, para los fines consiguientes.

### ARTICULO 6°

Se tiene a la vista el oficio número P-043-17, fechado 31 de marzo del año 2017, suscrito por el señor Franco Arturo Pacheco, Presidente de la Unión Costarricense de Cámaras y Asociaciones del Sector Empresarial Privado (UCCAEP), en el que comunica, en relación con el oficio N° P-032-17, de fecha 14 de marzo del año 2017 y ante la renuncia del señor Miguel Schyter Lejar para presentada a la UCCAEP para integrar la “*Mesa de Diálogo de los Sectores Sociales para la sostenibilidad del Seguro de Pensiones de la Caja Costarricense de Seguro Social*”, se ha procedido a sustituir al señor Schyter por el señor Jorge Manuel Brenes Ramírez, cédula de identidad N° 4-0092-0552, y la Junta Directiva, en virtud de la renuncia del señor Schyter Lejar –por unanimidad- **ACUERDA** nombrar al señor Jorge Manuel Brenes Ramírez como miembro de la “*Mesa de Diálogo de los Sectores Sociales para la sostenibilidad del Seguro de Pensiones de la Caja Costarricense de Seguro Social*”, por parte del Sector Patronal.

Quedan así modificados, en el citado extremo, los términos de lo resuelto en el artículo 3° de la sesión N° 8895 del 20 de marzo del presente año.

#### **ARTICULO 7°**

Se tiene a la vista la nota número S.G. 633-2017, del 22 de marzo del año 2017, suscrita por la Licda. Carmen Brenes Pérez, Secretaria General de la Asociación Nacional de Educadores y Educadoras (ANDE), mediante la cual informa que el Directorio de la Asociación Nacional de Educadores y Educadoras (ANDE), en la sesión ordinaria N° 117 del 17 marzo del año 2017, tomó el siguiente acuerdo:

*“Acuerdo 5: Informar a la Sra. Emma C. Zúñiga Valverde, Secretaria Junta Directiva de la Caja Costarricense del Seguro Social que la designación se realizó en el Bloque Unitario Sindical y Social Costarricense (BUSSCO) quedando de la siguiente manera:  
Sra. Martha Rodríguez González, Propietaria (UNDECA)  
Dr. Edwin Solano Alfaro, Suplente (Unión Médica)  
En caso de ser necesario como apoyo técnico se designaron:  
Dr. Gilberto Cascante Montero (ANDE)  
Sr. Gilbert Díaz Vásquez (SEC). ACUERDO FIRME”*

y la Junta Directiva –en forma unánime- **ACUERDA** hacerla del conocimiento de la Secretaría Técnica de la *Mesa de Diálogo de los Sectores Sociales para la sostenibilidad del Seguro de Pensiones de la Caja Costarricense de Seguro Social*.

#### **ARTICULO 8°**

Se tiene a la vista el oficio número DCO-128-2017, del 28 de marzo del año 2017, suscrito por el Lic. José Luis Valverde Morales, Director de Comunicación Organizacional, en el que comunica que, en atención a lo resuelto en el artículo 6° de la sesión N° 8887, celebrada el 9 de febrero del año 2017, en se aprobó *la Estrategia de Comunicación hacia la comprensión integral del Régimen de Pensiones*, con observaciones planteadas en la parte deliberativa”, de manera que remite la propuesta ajustada con las observaciones y adiciones solicitadas. Una copia del documento en referencia se deja constando en la correspondencia del acta de esta sesión.

**Se toma nota**, por tanto, de que el asunto ha quedado así atendido.

#### **ARTICULO 9°**

Se tiene a la vista el oficio número PE-12759-2017, de fecha 20 de marzo del año 2017, mediante el cual la Licda. Mónica Acosta Valverde, Jefe de Despacho, Presidencia Ejecutiva, remite el oficio N° ROF-0345-2017, fechado 13 de marzo del año 2017, suscrito por el licenciado Rafael Ortiz Fábrega, Diputado, mediante el cual solicita información respecto de lo resuelto en el artículo 13° de la sesión N° 8887, celebrada el 9 de febrero del año 2017, en que se conoce el oficio N° DJ-576-2017 de la Dirección Jurídica, que versa sobre la situación jurídica de los Agentes de Seguros y la Aseguradora Instituto Nacional de Seguros. Señala que al tratarse de un acuerdo de Junta Directiva lo traslada para su atención conforme en derecho corresponda. El Diputado Ortiz Fábrega consulta *“si el Gerente Financiero ha presentado a la Junta Directiva*

*las acciones que se emprenderán para hacer cumplir las normas de orden social que regulariza la relación entre los Agentes de Seguros Independientes y la Aseguradora Instituto Nacional de Seguros”; externa la preocupación de que el citado acuerdo no sea atendido con la diligencia requerida, “en donde cada día que pasa están dejando de ingresar recursos a la Seguridad Social que tanto necesita para atender sus múltiples obligaciones para con los asegurados y el desarrollo del país”,*

y la Junta Directiva –por unanimidad- **ACUERDA** reiterar a la Gerencia Financiera, la solicitud que se le hizo en el artículo 36° de la sesión número 8891 del 2 de marzo en curso y que en la sesión del 20 de abril en curso presente el cronograma que se le había solicitado.

Asimismo, se dispone dar respuesta al Diputado Ortiz Fábrega, en el sentido de que se ha solicitado a la Gerencia Financiera el informe pertinente para la sesión del 20 de abril del presente año.

#### **ARTICULO 10°**

*“De conformidad con el criterio **GA-42188-2017**, el acceso de esta información, por ser de carácter confidencial de conformidad con reiterada jurisprudencia de la Sala Constitucional, se excluye de publicación”.*

#### **ARTICULO 11°**

*“De conformidad con el criterio **GA-42188-2017**, el acceso de esta información, por ser de carácter confidencial de conformidad con reiterada jurisprudencia de la Sala Constitucional, se excluye de publicación”.*

#### **ARTICULO 12°**

Se tiene a la vista el oficio número SJG-3088-12-2016, fechado 15 de diciembre del año 2016, firmado por el Dr. Juan José Solís Vargas, Secretario del Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica, dirigido a la Junta Directiva y a la Gerencia Médica, en el que comunica el acuerdo del Acta No. 2016-12-14 tomado en sesión ordinaria de la Junta de Gobierno del Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica, celebrada el 14 de Diciembre del año 2016, artículo VII, Asuntos de Asesoría Legal, en el punto 7, oficio número ALJG-159-2016 que el Lic. Julián Solano Porras, Asesor legal de la Junta de Gobierno del Colegio de Médicos y Cirujanos, le dirige a la Junta de este Colegio Profesional, en el cual emite criterio respecto de la solicitud que se le realiza, en cuanto a la reunión que se sostuvo el día 13 de diciembre del año 2016 con los representantes legales de la Caja Costarricense de Seguro Social sobre el criterio DJ-03962-2015 fechado 9 de julio del año 2015, que permite la grabación de audio y video; presenta la siguiente resolución consensuada con el Jefe del Departamento Legal de esa corporación (*se emite criterio de legalidad, donde concluyen que los profesionales en ciencias médicas deben permitir a los usuarios, grabar en audio y video los actos médicos que se ejecutan en la referida institución, sin que puedan oponerse a tal práctica*). Cita la resolución sobre captaciones audiovisuales del acto médico, emite una serie de considerandos y a continuación se transcribe el “Por tanto”:

*“Por lo tanto, se establece el siguiente pronunciamiento el cual es de acatamiento obligatorio:*

*Si durante la ejecución del acto médico, sea en una institución pública o privada, en el ejercicio liberal de la profesión y sin el consentimiento del médico, el paciente pretenda o capte imágenes fotográficas, de video y conversaciones audiovisuales, conforme con los artículos 15, 16, 28, 32, 180 y 184 del Código de Ética, y que de acuerdo con el criterio del médico, esas circunstancias ponen en peligro el principio de confianza en la relación médico-paciente y la calidad del servicio, el médico está autorizado a suspender el acto médico, hasta que la situación distorsionante desaparezca, salvo que haya una situación de emergencia calificada que ponga en riesgo la vida, los órganos o funciones vitales del paciente y que, por lo tanto, requiere de una atención médica inmediata.*

***Se aprueba en firme** el informe presentado por el licenciado Julián Solano Porras Asesor Legal de la Junta de Gobierno, asimismo **se acuerda en firme** difundir la resolución contenida en el informe por los medios de comunicación internos del Colegio de Médicos y Cirujanos.*

*Comuníquese este acuerdo a la Junta Directiva y Gerencia Médica ambos de la Caja Costarricense de Seguro Social, al Departamento de Tecnologías de Información y Comunicación y al Lic. Luis Alonso Quirós de la empresa ICC Asesores.*

*Están presentes los doctores Alexis Castillo Gutiérrez, Carlos Salazar Vargas, Johnny Rojas Quirós, Juan José Solís Vargas, Grace Curling Rodríguez y Carolina Guillén Meléndez”.*

Como antecedente se tiene que en el artículo 11º de la sesión Nº 8800, celebrada el 10 de septiembre del año 2015, la Junta Directiva adoptó la resolución que literalmente dice:

**“ARTICULO 11º**

*Se tiene a la vista el oficio número LEGAL-10-2015, del 14 de agosto del año 2015, suscrito por el Dr. Mario Boschini López, Secretario de Asuntos Legales y Conflictos del Sindicato de Profesionales en Ciencias Médicas de la Caja Costarricense de Seguro Social e Instituciones Afines (SIPROCIMECA), en el que manifiesta que visto el oficio N° DJ 03962-2015 de fecha 9 de julio del año 2015, suscrito por el Área de Gestión Técnica y Asistencia Jurídica, mediante el cual se externa criterio jurídico respecto de la grabación de audio y video, así como captura de fotografías por parte de las personas usuarias de la Caja Costarricense de Seguro Social, plantea gestión de adición y aclaración en los siguientes términos.*

*“Lo anterior, para efectos de definir el ámbito de acción del Derecho de Imagen, ya que pertenece al Título Tercero del Código Civil, bajo los Derechos de la Personalidad y Nombre de las Personas, para encontrar el fundamento normativo que sustente y faculta a la Dirección jurídica a realizar una interpretación auténtica de un Derecho Humano Fundamental como el Derecho a la Imagen y su*

*posterior supresión, aunado a la aplicación extensiva a todos los funcionarios de la C.C.S.S.*

*"Lo anterior implica que el funcionario público pierde su derecho de imagen bajo la investidura de su labor como servidor estatal, por lo que queda expuesto de ser incluso filmado o fotografiado en sus funciones." (Subrayado no responde al original)*

*Respecto al acto médico privado, protegido bajo el principio ético de Secreto Profesional conlleva dos condiciones, una moral y otra jurídica. Es conocido por todos los Profesionales en Ciencias de la Salud que existe el deber de guardar el hecho y la obligación legal de abstenerse a comentar el mismo. No obstante, se indica sin una debida motivación que el usuario puede relevar al profesional de dicha obligación de omitir pronunciamiento alguno. Asimismo, nuevamente queda a discreción de la Junta Directiva indagar sobre la competencia de la Dirección Jurídica para arrogarse la potestad que atañe a los Colegios Profesionales como entes públicos no estatales, para demarcar los términos del Secreto Profesional".*

*Dado lo anterior, solicita que se le aclare y adicione los efectos y consecuencias jurídicas del criterio vertido.*

*A propósito, se tiene el citado criterio de la Dirección Jurídica N° DJ-03962-2015, que literalmente se lee en los siguientes términos:*

*"Con instrucciones del Director Jurídico y con su autorización se atiende oficio DPU 187-2015 de 20 de mayo de 2015, recibida el 21 del mismo mes y año, mediante el cual solicita criterio en cuanto a la posibilidad de grabar o capturar fotografías mediante teléfonos o cámaras de video por parte de personas usuarias de la Institución.*

### **I. Antecedentes**

*Indica el consultante que la Ley 8239 "Derechos y Deberes de las personas Usuarias de los Servicios de Salud Públicos y Privados" publicada en La Gaceta del 19 de abril de 2002, establece como objeto de las Contralorías de Servicios de Salud "... tutelar los derechos... de las personas usuarias de todos los servicios de salud... públicos" siendo una de sus funciones "...la formación de una cultura institucional al usuario...".*

*Consecuentemente, con la accesibilidad de teléfonos denominados inteligentes, las personas usuarias, utilizan aplicaciones telefónicas con diversos fines, algunos de los cuales han venido ocasionado divergencias entre personas usuarias y funcionarios de los centros de salud.*

*Indica que, en algunas ocasiones, una persona usuaria, al estar recibiendo consulta de profesionales en ciencias de la salud, manifiestan su deseo de grabar de forma audiovisual la misma o bien efectúan las grabaciones sin manifestarlo*

previamente. En otras ocasiones, se graba de forma audiovisual, en las instalaciones de los centros de salud, por ejemplo, se graban filas, a funcionarios (as) de recepción y otros funcionarios, ocasionando malestar tanto de otras personas usuarias como de los funcionarios respectivos.

La posición de la Contraloría de Servicios de Salud respecto del tema deriva de lo dispuesto en el numeral 47 del Código civil, el cual señala:

**"...La fotografía o la imagen de una persona no puede ser publicada, reproducida, expuesta ni vendida en forma alguna si no es con su consentimiento, a menos que la reproducción esté justificada por la notoriedad de aquella, la función pública que desempeñe, las necesidades de justicia o de policía, o cuando tal reproducción se relacione con hechos, acontecimientos o ceremonias de interés público o que tengan lugar en público. Las imágenes y fotografías con roles estereotipados que refuercen actitudes discriminantes hacia sectores sociales no pueden ser publicadas, reproducidas, expuestas ni vendidas en forma alguna..." (Reformado por Ley 7600 sobre Igualdad de Oportunidades para las Personas con Discapacidad de 2 de mayo de 1996).**

Sobre el particular señala que de la lectura del numeral citado, se infiere que la legitimación de las grabaciones, se desprenden directamente de la situación que se pretende contener y su relevancia jurídica, por ejemplo una rueda de prensa con la Presidenta Ejecutiva, una entrevista a un director médico sobre temas atinentes al servicio prestado, una audiencia penal, por ejemplo, teniendo lugar, generalmente en sitios públicos o acondicionados para tales efectos.

Así las cosas, las situaciones acaecidas en un ámbito no destinado a publicitarse esencialmente a una gran cantidad de personas, debe tratar de reproducirse mediante los medios idóneos, por ejemplo, una reunión laboral mediante una minuta.

Señala el consultante que, concordantemente el Reglamento para el Otorgamiento de Incapacidades a los Beneficiarios del Seguro de Salud, en su artículo dos, define el acto médico y el expediente clínico de la siguiente manera:

**"...Es el acto en el cual se concreta la relación médico-paciente. Es un acto complejo, personal, libre y responsable, efectuado por el profesional médico, con conocimientos, destrezas y actitudes óptimas, legalmente autorizado y en beneficio del paciente (...). Todo lo anterior, en lo posible, debidamente registrado y documentado..."**

**"...Expediente clínico: es el conjunto de documentos derivados de la atención de una misma persona, y eventualmente, del producto de la concepción, que en un establecimiento, permanecen archivados bajo una misma identificación y con carácter de único. Se consideran sinónimos del término "expediente de salud": expediente médico, expediente clínico y expediente digital.**

***El expediente está conformado por los formularios oficiales aprobados por la Gerencia de Médica, y en su caso, por los documentos que se originaren en los procesos de atención en salud que el paciente pudiere recibir externamente a la Caja..."***

*Agrega que la confidencialidad, es otro elemento importante a analizar, dentro de la posibilidad de grabar la consulta de profesionales en salud, por cuanto el soporte (teléfono, video grabadora, grabadora) podría extraviarse o inclusive hurtarse, conteniendo el video o grabación de voz, lo cual expondría la situación médica de la persona a un público infinito e indeterminado, con consecuencias imprevisibles. En ese sentido, el artículo 2 de la Ley 8239, señala como un derecho de las personas usuarias: "... m) Hacer que se respete el carácter confidencial de su historia clínica y de toda la información relativa a su enfermedad salvo cuando, por ley especial, deba darse noticia a las autoridades sanitarias. En casos de docencia, las personas usuarias de los servicios de salud deberán otorgar su consentimiento para que su padecimiento sea analizado ...".*

*El derecho indicado, contiene una obligación inherente de la Administración Activa, de garantizar la confidencialidad de las consultas otorgadas a las personas usuarias, al ser el propietario del expediente médico, pero no de la información inserta.*

*Respecto de la posibilidad de la grabación audio-visual de la consulta de profesionales en ciencias médicas, considera el consultante que la Administración debe normar la posibilidad de efectuar las mismas, siempre y cuando la persona usuaria, llene un formulario indicando la petición de efectuar la grabación de la consulta específica, bajo su entera responsabilidad.*

*Por otra parte, las fotografías o grabaciones en las instalaciones públicas, en virtud de la cantidad de personas en continuo movimiento, se corre el riesgo de ser grabados o fotografiados, sin su consentimiento, lo cual sería una transgresión que debe ser evitada.*

*Consecuente con lo expuesto, se consulta lo siguiente:*

- a) *Las personas usuarias de los servicios de salud, ¿tienen derecho a efectuar grabaciones audiovisuales (voz y/o video) de la consulta efectuada por profesionales de ciencias de salud?*
- b) *En caso de ser positiva la anterior respuesta ¿Podría regularse la forma en que las personas usuarias efectúen éstas grabaciones, a fin de consignar en el expediente la grabación efectuada, relevando de responsabilidad a la Administración en caso de pérdida de confidencialidad de la consulta?*
- c) *Puede el profesional en ciencias de la salud, negarse a brindar una consulta, en caso de que la persona usuaria desee efectuar grabaciones audiovisuales?*
- d) *Las personas usuarias de los servicios de salud, ¿tienen derecho a tomar fotografías en las instalaciones institucionales, sin*

*consentimiento de la Administración del centro, a funcionarios y en lugares donde se encuentren otras personas usuarias?*

## **II. Criterio Jurídico**

*El tema de consulta se relaciona estrechamente con el derecho a la imagen y a la intimidad que tienen las personas. Sobre el particular esta Dirección Jurídica en oficio DJ 7728-2010 de 10 de diciembre de 2010 indicó:*

### **1. *Sobre el Derecho de Imagen***

*El derecho de imagen es uno de los derechos inherentes de la personalidad, otorgados por el ordenamiento a todos los ciudadanos. La Procuraduría General de la República se ha referido al derecho de imagen y los alcances de su tutela de la siguiente manera:*

*“...es claro que el **derecho** a la **imagen** lo tutela el artículo 24 constitucional y que esa tutela implica que la imagen de **una persona no puede ser captada, grabada o reproducida sin su consentimiento**, con las excepciones que la jurisprudencia y la ley señalan. De allí que el término “mecanismos de observación” debe ser valorado en el contexto definido por lo que la ley y la jurisprudencia constitucional indican en cuanto al **derecho** a la **imagen** en el tanto aquellos impliquen captar, grabar o reproducir la imagen de personas sin su consentimiento<sup>1</sup>”. (El resaltado es nuestro).*

*De esta primera aproximación al término se observa como el contenido principal del derecho de imagen, es la potestad que tiene el titular de disponer o inclusive impedir, que su imagen sea captada, grabada y reproducida.*

*Ha sido la Sala Constitucional el órgano encargado del desarrollo a la protección y los alcances de derecho a la imagen el cual se ha dimensionado ya en reiteradas oportunidades de la siguiente manera:*

*“Sobre este tema en concreto, recuérdese que la Sala en la sentencia número 2001-009250 de las diez horas veintidós minutos del catorce de septiembre del dos mil uno definió el **derecho** a la **imagen** “como aquél que faculta a las personas a reproducir su propia imagen o por el contrario a impedir*

---

<sup>1</sup> Procuraduría General de la República OJ-093-2005, 7 de julio del 2005.

*que un tercero pueda captar, reproducir o publicar su imagen sin autorización”.*

*Adicionalmente se ha indicado en la sentencia número 2533-93 de las diez horas tres minutos del cuatro de junio de mil novecientos noventa y tres:*

*"El **derecho** a la **imagen** es uno de los derechos de la personalidad y tiene independencia funcional y **se manifiesta en forma negativa cuando la persona se niega a que se le tome una fotografía y en forma positiva cuando el sujeto solicita o autoriza tal conducta**; además, el retrato fotográfico de la persona no puede ser puesto en el comercio, sin el debido consentimiento..."*

*De este modo, para poder invocar la protección del **derecho** en cuestión la **imagen** debe de identificar a la persona, es decir la imagen debe aludir directamente al afectado ya sea físicamente, por su nombre o por otros elementos de los que se pueda derivar inconfundiblemente a quién se refiere la información brindada, lo cual es precisamente lo que ocurre en el caso concreto en donde junto a la referencia personal del recurrente en la base de datos de la accionada, aparece su fotografía. Recuérdese que la fotografía es una reproducción de la imagen de la persona, que, dentro de los atributos esenciales de la personalidad, constituye un derecho fundamental. Este derecho, sin embargo, no es absoluto. Encuentra ciertas excepciones cuando estén comprometidos fines igualmente esenciales de la sociedad, según los términos señalados por el artículo 28 párrafo segundo de nuestra Constitución Política: cuando dañen la moral, el orden público o los derechos de terceros. Ejemplo de ello es la averiguación de la verdad dentro de las investigaciones policiales y la localización de personas extraviadas o fallecidas (v. en este sentido la sentencia de esta Jurisdicción número 1441-96 de las dieciséis horas quince minutos del veintisiete de marzo de mil novecientos noventa y seis); supuestos que no encajan en el caso concreto del recurrente y por ende, al no haber otorgado su consentimiento, su fotografía no debería aparecer en esa base de datos<sup>2</sup>.*

<sup>2</sup> Res. N° 2009016049 SALA CONSTITUCIONAL DE LA CORTE SUPREMA DE JUSTICIA. de las doce horas y treinta y siete minutos del dieciséis de octubre del dos mil nueve. Ver además Res. N° 2009009921. SALA CONSTITUCIONAL DE LA CORTE SUPREMA DE JUSTICIA. de las trece horas y cincuenta y tres minutos del diecinueve de Junio del dos mil nueve.

*Así, la Sala ha distinguido dos acepciones del derecho de imagen: una negativa la cual implica el derecho a negarse a que la imagen de la persona sea captada, grabada o reproducida y una positiva relativa a la potestad del titular de que se grabe, capte o reproduzca su imagen siendo en este caso necesario contar con el consentimiento de la persona titular de la imagen.*

*Remitiéndonos al derecho positivo, el derecho de imagen está regulado por el Libro primero, título segundo, capítulo primero del Código Civil, particularmente en los artículos 47 y 48, los cuales indican:*

**“Artículo 47.- (\*)** *La fotografía o la imagen de una persona no puede ser publicada, reproducida, expuesta ni vendida en forma alguna si no es con su consentimiento, a menos que la reproducción esté justificada por la notoriedad de aquélla, la función pública que desempeñe, las necesidades de justicia o de policía, o cuando tal reproducción se relacione con hechos, acontecimientos o ceremonias de interés público o que tengan lugar en público. Las imágenes y fotografías con roles estereotipados que refuercen actitudes discriminantes hacia sectores sociales no pueden ser publicadas, reproducidas, expuestas ni vendidas en forma alguna”.*

**“Artículo 48.- (\*)** *Si la imagen o fotografía de una persona se publica sin su consentimiento y no se encuentra dentro de alguno de los casos de excepción previstos en el artículo anterior, aquella puede solicitar al Juez como medida cautelar sin recursos, suspender la publicación, exposición o venta de las fotografías o de las imágenes, sin perjuicio de lo que resuelva en definitiva. Igual medida podrán solicitar la persona directamente afectada, sus representantes o grupos de interés acreditados, en el caso de imagen o fotografías que estereotipen actitudes discriminantes”.*

*Como se evidencia, los artículos transcritos se refieren tanto al contenido del derecho como a los casos de excepción en que no es requerido el consentimiento del titular del derecho para la publicación de su imagen. Estos casos de excepción están referidos a la notoriedad de la persona y el interés público de contar con su ilustración. En demerito de esto se debe señalar que los casos conocidos por la Comisión de Calificación de la Invalidez no se encuentran dentro de los supuestos de excepción.*

*Los recién transcritos artículos han sido dimensionados por la Jurisprudencia de la Sala Constitucional, órgano que le ha dado contenido a lo dispuesto por la norma civil, puntualmente ha indicado la Sala;*

*“Tanto de la norma citada como de las decisiones reseñadas de este Tribunal pueden derivarse como reglas en materia del **derecho de imagen**, las que siguen: i) existe un **derecho fundamental a la imagen** derivado del derecho a la intimidad; ii) este derecho consiste en que no se puede captar, reproducir ni exponer la imagen de una persona sin su consentimiento; iii) la regla del consentimiento del derechohabiente admite varias excepciones, a saber: a) las fundamentadas en los límites del principio de autonomía de la voluntad enunciadas en el artículo 28 de la Constitución Política –la moral, el orden público, el perjuicio a tercero– que evidentemente no pueden invocarse en abstracto, sino que deben atarse a una situación concreta, dándoles contenido, b) la notoriedad de la persona o la función pública que desempeñe, c) las necesidades de justicia o de policía, y d) cuando tal reproducción se relacione con hechos, acontecimientos o ceremonias de interés público o que tengan lugar en público. Es en este sentido, debido a que la fotografía del recurrente está incluida en la base de datos de la empresa Datum, sin el consentimiento del interesado como lo afirma en este amparo, en cuanto este extremo el recurso debe estimarse por infracción del **derecho a la imagen** del recurrente, ordenándose a la accionada la inmediata supresión de su fotografía de las bases de datos que operan dado que la fotografía se puede usar solo de manera excepcional y justificada. De igual manera, como se indicó, al considerarse que los números de teléfono celular de la cónyuge del recurrente son de carácter personal, no deberían aparecer en la página de información del accionante y por ello se ordena también a la empresa accionada, eliminarlos de esa base de datos”<sup>3</sup>.*

*Ahora bien, la protección al derecho de imagen no es ajena a la normativa interna, pues es contemplada en el Reglamento del Seguro de Salud, el cual en el artículo 75, de los derechos de los administrados, tutela de manera expresa la protección de la imagen. Indica el numeral:*

**“Artículo 75.- De los derechos de los asegurados Los asegurados tiene derecho a:**

*f) Que se respete el derecho a la **imagen**, de modo que no sea objeto de información pública sin consentimiento expreso”.*

<sup>3</sup> Res. Nº 2009016049 SALA CONSTITUCIONAL DE LA CORTE SUPREMA DE JUSTICIA. de las doce horas y treinta y siete minutos del dieciséis de octubre del dos mil nueve. Ver además Res. Nº 2009009921. SALA CONSTITUCIONAL DE LA CORTE SUPREMA DE JUSTICIA. de las trece horas y cincuenta y tres minutos del diecinueve de Junio del dos mil nueve.

*Vemos entonces como la propia normativa institucional, tutela la garantía fundamental del ciudadano a resguardar su imagen, debiendo en todo caso respetarse su decisión en relación con el uso que se le dé a ésta.”*

*Como se puede apreciar, el derecho de imagen que tiene la persona como sujeto de derecho privado debe ser respetado y en consecuencia no puede ser reproducida su imagen, ni publicada sin su consentimiento, sin embargo, esto no aplica a los que conforman el ámbito del derecho público como parte de sus actuaciones bajo esa investidura, tal y como lo hace constar el artículo 47 del Código Civil antes citado. Lo anterior implica que el funcionario público pierde su derecho de imagen bajo la investidura de su labor como servidor estatal, por lo que queda expuesto de ser incluso filmado o fotografiado en sus funciones.*

*Sobre el tema es importante resaltar lo indicado por la Sala Tercera de la Corte Suprema de Justicia en resolución N° 2002-01050 de las 8:50 horas del 25 de octubre de 2002 en donde ampliamente se indica:*

*Como puede observarse, la Ley Fundamental (tal cual es aplicable al caso concreto) claramente establece que los servidores públicos están sujetos al ordenamiento jurídico, eso es lo que se deriva de que se les califique como simples “depositarios de la autoridad”; en otras palabras, no están por encima del Derecho. En esa tesitura, se desprende de la disposición constitucional de comentario (precepto que se revitaliza con la reforma del año 2000 ya aludida) que los funcionarios públicos se ven vinculados tanto por las normas permisivas, como por las ordenatorias y las prohibitivas, agregándose además que sólo pueden hacer aquello que la ley expresamente les autoriza. Así las cosas, en Costa Rica todo funcionario público (sea que haya sido elegido popularmente, haya sido designado por otro o algún cuerpo colegiado, o haya ganado la plaza mediante concurso; sea propietario, suplente o interino; esté nombrado indefinidamente o a plazo; sea de confianza o goce de estabilidad laboral; sea funcionario de carrera o no; etc.) está expuesto, desde que asume el cargo, a la fiscalización de sus actos en el desempeño del cargo. Ello obedece a que todo lo que haga esa persona con ocasión del puesto público que ocupa es de interés para la generalidad de habitantes de la República, ya que de lo que se trata es de velar porque actúe, como servidor, en estricta conformidad con el ordenamiento jurídico. Esa supervisión constante de sus actos es una de las consecuencias que acarrea el ser servidor público, de modo que quien asume un cargo de esta naturaleza acepta de forma implícita que se examine públicamente su actuación. Por la investidura, el funcionario está sujeto al principio de legalidad, según el cual sólo le está autorizado hacer aquello que la ley –en sentido amplio y en adecuación de la escala normativa– expresamente le permite, estándole prohibido todo lo demás. Así las cosas, desempeñar una función pública conlleva para la persona una sujeción a controles, los cuales han sido concebidos para verificar que el*

*ejercicio de las atribuciones que derivan del puesto sea correcto, así como para evitar que se incumplan los deberes inherentes al cargo.*

(...)

*salta a la vista que el constituyente tuvo conciencia de que hay aspectos públicos y privados en el comportamiento de los servidores del Estado, siendo sólo los primeros susceptibles de examen y discusión abiertos por parte de la sociedad. Esos actos públicos de los funcionarios son precisamente los que aquí se ha establecido se relacionan con el cumplimiento del cargo; los privados –y por ende no susceptibles de ser debatidos públicamente- son los propios de la intimidad personal y familiar no conexos con el ejercicio de la función. Si se puede debatir públicamente, en una reunión, aspectos de la actuación pública de los servidores estatales, es entonces innegable que ha de poderse informar sobre sus actos para que sean examinados por los habitantes del territorio nacional. Además, debe recordarse que al tenor del artículo 28 constitucional, nadie puede ser siquiera inquietado por la manifestación de sus opiniones, ni por actos que no infrinjan la ley.*

(...)

*A lo ya expuesto debe agregarse que también existen disposiciones de rango legal que refuerzan el criterio que aquí se sostiene. Reviste especial importancia lo establecido en los artículos 113 y 114 de la Ley General de la Administración Pública. El primero de ellos dispone: “1. El servidor público deberá desempeñar sus funciones de modo que satisfagan primordialmente el interés público, el cual será considerado como la expresión de los intereses individuales coincidentes de los administrados. 2. El interés público prevalecerá sobre el interés de la Administración Pública cuando pueda estar en conflicto. 3. En la apreciación del interés público se tendrá en cuenta, en primer lugar, los valores de seguridad jurídica y justicia para la comunidad y el individuo, a los que no puede en ningún caso anteponerse la mera conveniencia.” Por su parte, el segundo de los numerales mencionados estipula: “1. El servidor público será un servidor de los administrados, en general, y en particular de cada individuo o administrado que con él se relacione en virtud de la función que desempeña; cada administrado deberá ser considerado en el caso individual como representante de la colectividad de que el funcionario depende y por cuyos intereses debe velar. 2. Sin perjuicio de lo que otras leyes establezcan para el servidor, considérese, en especial, irregular desempeño de su función todo acto, hecho u omisión que por su culpa o negligencia ocasione trabas u obstáculos injustificados o arbitrarios a los administrados.” Como puede apreciarse, el legislador otorga gran importancia a la satisfacción del interés público como eje rector de la actividad administrativa, tanto que formula el principio de objetividad de la función pública como el actuar en aras de satisfacer dicho interés. Además, salta a la vista el deber de*

*rendición de cuentas por parte de los servidores públicos, quienes deben considerarse –en cada caso concreto- servidores de la persona con la que se relacionen en virtud del cargo que desempeñan (cabe acotar que estas disposiciones existen desde 1978, de modo que si se les relacionaba con la redacción anterior del artículo 11 constitucional era evidente la consagración en el ordenamiento costarricense del principio de rendición de cuentas, aún antes de la reforma constitucional del año 2000 a la que se aludió previamente). Esto realza aún más el carácter público de la actuación de los funcionarios en lo que se refiere al cumplimiento de las atribuciones propias del puesto que ocupan.*

*En cuanto al uso de cámaras en lugares o instalaciones públicas la Sala Constitucional ha analizado el tema en relación con el derecho de información que ejercen los medios de comunicación colectiva, dándole prevalencia a ese derecho de frente al derecho de imagen cuando se está ante situaciones de relevancia pública. Al respecto señala que*

*"ante una eventual y aparente colisión entre el derecho a la imagen del recurrente y el derecho a la información ejercido por el medio de comunicación colectiva respecto de información de relevancia pública, opta por concederle un valor preferente al segundo, puesto que, además de ser un derecho fundamental –en su perfil activo y pasivo-, constituye una inequívoca garantía institucional para garantizar un régimen democrático y pluralista a través de la información que los medios de comunicación colectiva le puedan brindar a la opinión pública, en aras de una adecuada transparencia y publicidad y de un efectivo control ciudadano sobre las políticas públicas y su gestión, evitando que se presenten o rectificando situaciones irregulares o anómalas. (Resolución 2005-15057 de la Sala Constitucional)*

*Si bien, el anterior caso se refiere al derecho de informar a través de los medios de comunicación colectiva de hechos o situaciones de interés para la colectividad, lo cierto del caso es que en el ejercicio de la función pública, cualquier ciudadano podría captar a través de fotografías o videos las imágenes de los mismos, sin embargo ello se restringe en el ámbito privado de dichos funcionarios en donde prevalecería el derecho a la intimidad y a la imagen.*

*Ahora bien, en el caso de las consultas con los profesionales de la salud, se debe tener en cuenta que a ellos les asiste la obligación ética de mantener el secreto de todo aquello que conocen en el ejercicio de su profesión.*

*El Secreto Profesional Médico se traduce en la obligación de mantener en reserva la información que recibe de sus pacientes y en principio sólo podrá revelarse dicha información, con el consentimiento de ellos.*

*En ese sentido el Código de Moral Médica regula el secreto profesional de los médicos. Sobre el particular señala:*

**Artículo 91.** —Por secreto médico se entiende todo aquello que, por razón de su ejercicio profesional, haya llegado a conocimiento del médico, ya fuere porque le fue confiado, o porque lo observó o intuyó.

**Artículo 92.** —El médico no debe revelar a terceros, hechos de su conocimiento en virtud del ejercicio de su profesión, salvo por imperio legal o autorización expresa del paciente o de su representante legal. Esa prohibición se mantiene aunque el hecho sea del conocimiento público o el paciente haya fallecido.

**Artículo 93.** —El médico no debe revelar el secreto profesional referente al paciente menor de edad, inclusive a sus padres o responsable legal, desde el momento en que se determine que ese menor tiene capacidad para evaluar su problema y conducirse por sus propios medios para solucionarlo, salvo cuando negar dicha revelación pueda acarrear daño al paciente, a terceros o por imperio legal.

**Artículo 94.** —El médico no debe hacer referencia a casos clínicos identificables, mostrar pacientes o sus fotografías en publicaciones médicas, en medios de comunicación colectiva, sin el consentimiento escrito del paciente o de su representante legal.

**Artículo 95.** —El médico debe tener acceso a la información contenida en el expediente clínico en los servicios de salud, esa información es confidencial, solo podrá compartirla con fines médicos legítimos y según corresponda, con el consentimiento del paciente.

Como se puede apreciar, la información resguardada por el secreto profesional, puede ser revelada si media el consentimiento del paciente. Lo anterior implica que las consultas efectuadas por los profesionales en medicina, en el ejercicio de la función pública, pueden ser grabadas por los pacientes, pues ello implicaría que en forma tácita el paciente accede a que la información que allí se ventile sea compartida, exonerando al profesional de cualquier uso inadecuado que se le dé a esa información. En este sentido considera esta Asesoría Jurídica que es pertinente regularizar este tipo de actividades sobre todo en resguardo de la información que en tesis de principio es de carácter confidencial y que se encuentra cubierta por el secreto profesional, debiendo quedar constancia del consentimiento del paciente. Ahora bien, corresponde atender las interrogantes planteadas, lo cual se hará en el mismo orden en que se formulan:

- a. Las personas usuarias de los servicios de salud, ¿tienen derecho a efectuar grabaciones audiovisuales (voz y/o video) de la consulta efectuada por profesionales de ciencias de salud?

Como se mencionó supra los profesionales en ciencias de la salud se encuentran obligados a resguardar toda aquella información relacionada con sus pacientes por estar cubiertos por el secreto profesional, siendo que las consultas que realicen en el ejercicio de la función, son de carácter confidencial. No obstante lo anterior, si se cuenta con el consentimiento del paciente la información podría ser revelada.

*Bajo esa posición, se presumiría que el paciente podría grabar la consulta, entendiéndose con ello que existe un consentimiento tácito de su parte.*

*No obstante lo anterior, para salvaguardar los intereses institucionales se considera conveniente regularizar esta situación, dejando constancia expresa del consentimiento de los pacientes.*

- b. En caso de ser positiva la anterior respuesta ¿Podría regularse la forma en que las personas usuarias efectúen éstas grabaciones, a fin de consignar en el expediente la grabación efectuada, relevando de responsabilidad a la Administración en caso de pérdida de confidencialidad de la consulta?*

*De conformidad con la respuesta antes indicada, esta Asesoría recomienda que se deje constancia del consentimiento de los pacientes, ya que se corre el riesgo de un mal uso de la información que se capte.*

- c. Puede el profesional en ciencias de la salud, negarse a brindar una consulta, en caso de que la persona usuaria desee efectuar grabaciones audiovisuales?*

*No podría negarse. En este sentido se debe tener en cuenta que, los médicos de la Institución son funcionarios públicos que forman parte de la Administración y como tales se encuentran sometidos al principio de legalidad, el cual establece que la Administración sólo podrá realizar aquellos actos o prestar aquellos servicios públicos que autorice dicho ordenamiento (artículo 11 de la Ley General de la Administración Pública LGAP). Debe recordarse que los funcionarios públicos son simples depositarios de la autoridad y en consecuencia están obligados a cumplir los deberes que la Ley les impone y no pueden arrogarse facultades no concedidas (artículo 11 de la Constitución Política)*

*Ahora bien, no debe perderse de vista, que la Institución es prestataria de servicios públicos esenciales, y como tales no deben ser interrumpidos. Al respecto el artículo 4 de la LGAP establece:*

*Artículo 4.- La actividad de los entes públicos deberá estar sujeta en su conjunto a los principios fundamentales del servicio público, para asegurar su continuidad, su eficiencia, su adaptación a todo cambio en el régimen legal o en la necesidad social que satisfacen y la igualdad en el trato de los destinatarios, usuarios o beneficiarios.*

*En consecuencia, el profesional en ciencias de la salud de la Institución debe garantizar la continuidad del servicio público que presta, razón por la cual no podría negarse a brindar la consulta.*

- d. *Las personas usuarias de los servicios de salud, ¿tienen derecho a tomar fotografías en las instalaciones institucionales, sin consentimiento de la Administración del centro, a funcionarios y en lugares donde se encuentren otras personas usuarias?*

*Si bien, el artículo 47 del Código Civil establece una excepción al derecho de imagen, al permitirse la fotografía de funcionarios en el ejercicio de la función pública, lo cierto del caso es que por tratarse de instalaciones donde se brinda un servicio público donde debe imperar el orden, se debe solicitar el permiso correspondiente a la Administración, la cual establecerá como mínimo que la persona se identifique y llene un registro para constancia y control del establecimiento”,*

*y la Junta Directiva **ACUERDA** trasladarlo a la Gerencia Médica para su análisis, desde sus distintas aristas, en conjunto con la Dirección Jurídica y la Dirección de Comunicación Organizacional.”*

Además, en el artículo 14° de la sesión N° 8856, celebrada el 28 de julio del año 2016, la Junta Directiva adoptó la resolución que literalmente se lee de este modo:

**“ARTICULO 14°** *Se tiene a la vista la nota número DJ 02995-2016, del 17 de mayo del año 2016, suscrita por el Lic. Gilberth Alfaro Morales, Subgerente Jurídico, y las licenciadas Mariana Ovares Aguilar, Jefe a.i. del Área de Gestión Técnica y Asistencia Jurídica, e Ileana Badilla Chaves, Abogada de la Dirección Jurídica, en la que atienden lo resuelto en el artículo 11° de la sesión N° 8800, en que se solicita adición y aclaración respecto del oficio número DJ 03962-2015, que versa sobre la posibilidad de grabar o capturar fotografías mediante teléfonos o cámaras de video por parte de personas usuarias de la Institución, y se acordó: “... trasladarlo a la Gerencia Médica para su análisis, desde sus distintas aristas, en conjunto con la Dirección Jurídica y la Dirección de Comunicación Organizacional”. En lo conducente, la citada nota literalmente se lee en estos términos:*

*“Se atiende oficio N° 49.641 de 14 de setiembre de 2015 mediante el cual transcribe el acuerdo adoptado por la Junta Directiva consignado en el artículo 11° de la sesión N° 8800, celebrada el 10 de setiembre de 2015 en el cual se tiene a la vista el oficio LEGAL-10-2015 de 14 de agosto de 2015 suscrito por el Dr. Mario Boschini López, Secretario de Asuntos Legales y Conflictos del Sindicato de Profesionales en Ciencias Médica de la CCSS e instituciones Afines (SIPROCIMECA) en el que solicita adición y aclaración al oficio DJ 03962-2015 y que versa sobre la posibilidad de grabar o capturar fotografías mediante teléfonos o cámaras de video por parte de personas usuarias de la Institución. La Junta Directiva acordó: “... trasladarlo a la Gerencia Médica para su análisis, desde sus distintas aristas, en conjunto con la Dirección Jurídica y la Dirección de Comunicación Organizacional.”*

### **III. Antecedentes**

1. *En el oficio DJ 03962-2015 de 09 de julio de 2015, se atiende consulta*

*realizada por la Jefatura del Departamento Protección al Usuario de la Dirección Institucional de Contraloría de Servicios, la cual plantea una serie de interrogantes que son atendidas, previo análisis del tema en general, de la siguiente manera:*

*e. “Las personas usuarias de los servicios de salud, ¿tienen derecho a efectuar grabaciones audiovisuales (voz y/o video) de la consulta efectuada por profesionales de ciencias de salud?”*

*Como se mencionó supra los profesionales en ciencias de la salud se encuentran obligados a resguardar toda aquella información relacionada con sus pacientes por estar cubiertos por el secreto profesional, siendo que las consultas que realicen en el ejercicio de la función, son de carácter confidencial. No obstante lo anterior, si se cuenta con el consentimiento del paciente la información podría ser revelada.*

*Bajo esa posición, se presumiría que el paciente podría grabar la consulta, entendiéndose con ello que existe un consentimiento tácito de su parte.*

*No obstante lo anterior, para salvaguardar los intereses institucionales se considera conveniente regularizar esta situación, dejando constancia expresa del consentimiento de los pacientes.*

*f. En caso de ser positiva la anterior respuesta ¿Podría regularse la forma en que las personas usuarias efectúen estas grabaciones, a fin de consignar en el expediente la grabación efectuada, relevando de responsabilidad a la Administración en caso de pérdida de confidencialidad de la consulta?”*

*De conformidad con la respuesta antes indicada, esta Asesoría recomienda que se deje constancia del consentimiento de los pacientes, ya que se corre el riesgo de un mal uso de la información que se capte.*

*g. Puede el profesional en ciencias de la salud, negarse a brindar una consulta, en caso de que la persona usuaria desee efectuar grabaciones audiovisuales?”*

*No podría negarse. En este sentido se debe tener en cuenta que, los médicos de la Institución son funcionarios públicos que forman parte de la Administración y como tales se encuentran sometidos al principio de legalidad, el cual establece que la Administración sólo podrá realizar aquellos actos o prestar aquellos servicios públicos que autorice dicho ordenamiento (artículo 11 de la Ley General de la Administración Pública LGAP). Debe recordarse que los funcionarios públicos son simples depositarios de la autoridad y en consecuencia están obligados a cumplir los deberes que la Ley les impone y no pueden arrogarse facultades no concedidas (artículo 11 de la Constitución Política)*

*Ahora bien, no debe perderse de vista, que la Institución es prestataria de servicios públicos esenciales, y como tales no deben ser interrumpidos. Al respecto el artículo 4 de la LGAP establece:*

*Artículo 4.- La actividad de los entes públicos deberá estar sujeta en su conjunto a los principios fundamentales del servicio público, para asegurar su continuidad, su eficiencia, su adaptación a todo cambio en el régimen legal o en la necesidad social que satisfacen y la igualdad en el trato de los destinatarios, usuarios o beneficiarios.*

*En consecuencia, el profesional en ciencias de la salud de la Institución debe garantizar la continuidad del servicio público que presta, razón por la cual no podría negarse a brindar la consulta.*

**h.** *Las personas usuarias de los servicios de salud, ¿tienen derecho a tomar fotografías en las instalaciones institucionales, sin consentimiento de la Administración del centro, a funcionarios y en lugares donde se encuentren otras personas usuarias?*

*Si bien, el artículo 47 del Código Civil establece una excepción al derecho de imagen, al permitirse la fotografía de funcionarios en el ejercicio de la función pública, lo cierto del caso es que por tratarse de instalaciones donde se brinda un servicio público donde debe imperar el orden, se debe solicitar el permiso correspondiente a la Administración, la cual establecerá como mínimo que la persona se identifique y llene un registro para constancia y control del establecimiento.”*

*Al respecto la Secretaría de Asuntos Legales y Conflictos de SIPROCIMECA mediante oficio LEGAL-10-2015 de 14 de agosto de 2015 solicita aclaración y adición del oficio antes indicado con el fin de “... definir el ámbito del Derecho de Imagen, ya que pertenece al Título Tercero del Código Civil, bajo los Derechos de la Personalidad y Nombre de las Personas, para encontrar el fundamento normativo que sustente y faculta a la Dirección Jurídica a realizar una interpretación auténtica de un Derecho Humano Fundamental como el Derecho a la Imagen y su posterior supresión, aunado a la aplicación extensiva a todos los funcionarios de la CCSS.”*

*“lo anterior implica que el funcionario público pierde su derecho de imagen bajo la investidura de su labor como servidor estatal, por lo que queda expuesto de ser incluso filmado o fotografiado en sus funciones.”*

*Respecto al acto médico privado, protegido bajo el principio ético de Secreto Profesional conlleva dos condiciones, una moral y otra jurídica. Es conocido por todos los profesionales en Ciencias de la Salud que existe el deber de guardar el hecho y la obligación legal de abstenerse a comentar el mismo. No obstante, se indica sin una debida motivación que el usuario puede relevar al profesional de dicha obligación de omitir pronunciamiento alguno. Asimismo, nuevamente queda a discreción de la Junta Directiva indagar sobre la competencia de la Dirección Jurídica para arrogarse la potestad que atañe a los Colegios Profesionales como*

*entes públicos no estatales, para demarcar los términos del Secreto Profesional. En consideración a los anteriores argumentos expuestos, solicito respetuosamente a esta honorable Junta directiva, aclarar y adiciones los efectos y consecuencias jurídicas del criterio vertido.”*

*Conocido lo anterior, la Junta Directiva, en el artículo 11° de la sesión N° 8800, celebrada el 10 de setiembre de 2015 acordó: “... trasladarlo a la Gerencia Médica para su análisis, desde sus distintas aristas, en conjunto con la Dirección Jurídica y la Dirección de Comunicación Organizacional.”*

#### **IV. Criterio Jurídico**

*Solicita el Secretario de Asuntos Legales y Conflictos de SIPROCIMECA que se indique el fundamento normativo que faculta a la Dirección Jurídica a realizar una interpretación auténtica de un Derecho Humano Fundamental como lo es el Derecho a la Imagen y su posterior supresión.*

*En primera instancia es menester aclarar que, de conformidad con el artículo 1 del Reglamento de la Dirección Jurídica y de las Actividades Jurídicas de la Caja Costarricense de Seguro Social<sup>4</sup>:*

***Artículo 1.- De la Dirección Jurídica.*** *La Dirección Jurídica de la Caja Costarricense de Seguro Social, es el órgano superior consultivo responsable de la atención de asuntos en materia legal, la representación judicial en defensa de los intereses de la organización, en los términos y condiciones de la legislación aplicable. Otorga el apoyo y la asistencia profesional a la Junta Directiva y las autoridades superiores mediante la emisión de criterios técnico-jurídicos para la toma de decisiones estratégicas y de impacto institucional. Tendrá independencia de criterio en materia legal, en el desempeño de sus funciones, y mantendrá las relaciones de coordinación técnica-funcional con otros abogados de los demás órganos de la Administración.*

*Como se puede apreciar dicho artículo define a la Dirección Jurídica y le otorga la competencia para atender asuntos en materia legal emitiendo criterios técnico jurídicos para la toma de decisiones de la Administración Activa.*

*En ese sentido el artículo 5 del mismo Reglamento amplía lo anterior. Al respecto señala:*

***Artículo 5°—Del ámbito consultivo.*** *El ámbito consultivo de la Dirección Jurídica corresponde a la **emisión eficiente y oportuna de criterios jurídicos que solicite la Administración Activa para la toma de decisiones**, así como la participación en asuntos jurídicos en general; entre ellos, la defensa de los intereses institucionales en procedimientos administrativos donde sea parte, la Instrucción de procedimientos administrativos en los casos en que le sea requerido y*

<sup>4</sup> Aprobado por la Junta Directiva en el artículo 34° de la sesión 8174, celebrada el 9 de agosto de 2007

*el estudio y revisión de textos reglamentarios y legislativos concernientes a la institución y sus objetivos. Todo lo anterior sin perjuicio de las competencias que, le son propias a otros órganos institucionales que por la naturaleza de sus funciones, también deben ejercer asesorías a las diversas jefaturas administrativas de la Institución. (El resaltado no pertenece al original)*

*De igual importancia resaltar el artículo 12 del Reglamento de cita que establece la obligatoriedad de los criterios que emite esta Dirección y su coordinación funcional y técnica en relación con otros asesores legales de la Institución. Sobre el particular establece:*

**Artículo 12. —De la coordinación técnica y funcional.** *Corresponderá a la Dirección Jurídica ejercer la coordinación técnica y funcional en materia de consultas legales y gestión judicial, de todos los órganos de la Caja que cuenten con abogados, entre ellos: las Gerencias de División, hospitales, clínicas, áreas de salud, direcciones regionales en general y sucursales. **Los criterios técnicos de la Dirección Jurídica, emitidos en este sentido, son de acatamiento obligatorio.** La Dirección Jurídica podrá establecer los mecanismos de coordinación necesarios para los abogados de la institución, pudiendo celebrar charlas, seminarios, consejos, pasantías, facilitar el acceso a sus bases de datos y archivos de que se disponga. . (El resaltado no pertenece al original)*

*De lo expuesto se desprende que la Dirección Jurídica, dentro de sus competencias asignadas, tiene la facultad de emitir criterios técnico jurídicos, en atención a consultas realizadas por la Administración Activa, como en el presente caso que el criterio vertido en oficio DJ 03962-2015 de 09 de julio de 2015, fue solicitado por la Jefatura del Departamento de Protección al Usuario de la Dirección Institucional de Contraloría de Servicios.*

*Ahora bien, indica el Secretario de Asuntos Legales y Conflictos de SIPROCIMECA que la Dirección Jurídica en ese criterio, realiza una interpretación auténtica de un Derecho Humano Fundamental como lo es el derecho a la imagen y su posterior supresión, haciéndolo extensivo a todos los funcionarios.*

*En ese sentido es importante indicar que la Dirección Jurídica no tiene la competencia para realizar una interpretación auténtica de una norma ya que esa facultad está reservada únicamente para quienes tienen la facultad de crear o reformar una norma. Sobre el particular téngase en cuenta la reciente Opinión Jurídica vertida por la Procuraduría General de la República N° OJ 103-J del 09 de setiembre de 2015, donde analiza el alcance de esta figura. Sobre el particular señaló:*

*“(…) La interpretación auténtica es una atribución que la Constitución Política, concretamente en el artículo 121 inciso 1), establece a cargo de la Asamblea Legislativa. Señala la norma indicada, lo siguiente:*

*“**Artículo 121.-** Además de las otras atribuciones que le confiere esta Constitución, corresponde exclusivamente a la Asamblea Legislativa:*

*1) Dictar las leyes, reformarlas, derogarlas y **darles interpretación auténtica**, salvo lo dicho en el capítulo referente al Tribunal Supremo de Elecciones.”*

*Sobre los alcances de la interpretación auténtica, la Sala Constitucional se pronunció en su sentencia 1360-2011 de las nueve horas y cuarenta minutos del 4 de febrero de 2011, en la cual señaló lo siguiente:*

*“(…) Se concluye que la interpretación auténtica procede con el fin de aclarar la **“ratio legis”** y según los consultantes **“debe ser demostrada con elementos objetivos los cuales consten en el expediente legislativo respectivo en forma clara y precisa y cuya derivación no conlleva un forzamiento del razonamiento jurídico”**; no obstante, en el caso se abusa de la potestad de interpretación auténtica aplicándola a una norma sin que ésta sea omisa oscura o ambigua, de manera que existe un vicio grave de inconstitucionalidad al intentarse la realización de reformas legales utilizando el instituto de la interpretación auténtica y, concretamente, **el vicio consistiría en atribuirle los efectos de la interpretación auténtica a una decisión legislativa que no formaba parte de la voluntad original del legislador.***

*V.- Sobre el tema planteado, este Tribunal ha tenido oportunidad de establecer los elementos esenciales que deben estar presentes al momento de realizar interpretaciones auténticas de las leyes al amparo del artículo 121 inciso 1) de la Constitución Política.- Por ejemplo en la sentencia número 1994-7261 de las ocho horas treinta minutos del nueve de diciembre de mil novecientos noventa y cuatro, esta Sala, estableció en el considerando IV, lo siguiente:*

*“IV.- EFECTOS DE LA INTERPRETACIÓN AUTÉNTICA DE LA LEY.- Tanto en la resolución impugnada, como en su informe rendido a esta Sala, el Ministerio de Obras Públicas y Transportes afirma que el artículo 36, inciso 3) de la Ley 7111 no puede tener efectos retroactivos. La norma, en lo que interesa, expresa lo que se transcribe:*

*"Interprétese auténticamente el artículo 2 de la Ley para Ajustes de Precios con Empresas Nacionales de la Construcción, No. 5501 del 7 de mayo de 1974, en el sentido de que la maquinaria y el equipo son elementos componentes del costo de los contratos y, por ello, tanto sus costos fijos como el costo horario deben ser reajustados conforme con la misma Ley No. 5501 de la misma fecha y las normas reglamentarias".*

*Advierte la Sala, de inmediato, que se trata de una interpretación auténtica de la Ley que hace la Asamblea Legislativa, de conformidad con lo que se señala en el inciso 1) del artículo 121 de la Constitución Política. La ley interpretativa tiene como finalidad aclarar conceptos oscuros o dudosos de otra ley, estableciendo de manera precisa cuál es su verdadero sentido. Lo que se pretende por medio de la ley interpretativa es descubrir la verdadera intención del legislador y por eso se considera que la norma interpretativa se incorpora retroactivamente al contenido de la norma interpretada. En términos muy generales, así lo ha definido la Sala en la Sentencia No. 320-92 de las quince horas del once de febrero de mil novecientos noventa y dos.- Desde este punto de vista, la afirmación del Ministerio recurrido en el sentido de que "la Ley 7111 solo tiene aplicabilidad hacia el futuro, por lo que no es factible su retroactividad", implica que el acto dictado y que ahora se impugna en esta vía, viola un principio elemental de la aplicación de las reglas básicas de la hermenéutica jurídica, conformando una infracción constitucional al principio de legalidad. La ley que interpreta auténticamente una norma jurídica no solo es posible aplicarla retroactivamente, sino que esa es su característica principal, según queda dicho ...".*

*Esta misma línea de razonamiento se ha consolidado con el tiempo y por ejemplo en la sentencia número 2005-08424 de las dieciocho horas con diecinueve minutos del veintiocho de junio de dos mil cinco, se dijo:*

*"VI.- ALCANCES DE LA INTERPRETACION AUTENTICA. Aparte de las demás atribuciones que le confiere la Constitución Política, le corresponde, exclusivamente, a la Asamblea Legislativa la siguiente facultad:*

*"...Dictar las leyes, reformas, derogarlas y darles **interpretación auténtica** (...)" (Artículo 121, inciso 1).*

*La competencia que en ese sentido se le otorga al legislador para interpretar auténticamente encuadra dentro del ejercicio de la función materialmente legislativa, aunque es distinta de la*

*atribución de dictar, reformar o derogar leyes. La diferencia estriba en lo siguiente:*

*“(...) la norma interpretativa se ve restringida por aquella cuyo contenido está precisando. No existiendo diferencia entre el procedimiento que se sigue para la emisión de cualquiera de los dos tipos de normas es imposible hablar de un vicio de tipo procedimental. La consecuencia se centra más bien en sus efectos. Así, el resultado natural del dictado de una disposición interpretativa es que ella se incorpora a la que interpreta, con todas sus consecuencias, especialmente el momento a partir del cual la última adquirió vigencia, de modo que cuando el contenido de la norma interpretativa exceda el papel que la Constitución le asignó y esté más bien produciendo una norma nueva, reformando o derogando otra legislación, no podrá tener tal efecto retroactivo...” (Sentencia número 5797-98 de las 16:18 hrs. del 11 de agosto de 1998).*

*Bajo esta inteligencia, la ley interpretativa pretende aclarar conceptos oscuros o dudosos de otra ley, precisando cuál es su verdadero sentido normativo. Para ello, el legislador identifica con precisión la norma que es objeto de interpretación respetando el marco material a que dicha disposición se refiere. En este sentido, la norma interpretativa intenta descubrir la verdadera intención del legislador y por eso se incorpora o integra retroactivamente al contenido de la norma interpretada. En lo que respecta a la incorporación retroactiva, la Sala en la sentencia N° 7261-94 de las 08:30 hrs. del 9 de diciembre de 1994, consideró lo siguiente:*

*“(...) La ley que **interpreta auténticamente** una norma jurídica no solo es posible aplicarla retroactivamente, sino que esa es su característica principal...”*

*Finalmente, aparte de cumplir las exigencias antes señaladas, la ley interpretativa no debe agregarle a la norma interpretada un contenido que no esté comprendido en su ámbito material”. (Resaltado no es del original)*

*Además, ese mismo Tribunal Constitucional, en la sentencia número 7552-1998 de las diez horas y once minutos del 23 de octubre de 1998, señaló:*

***“En cuanto al primero cabe señalar que por más que la Asamblea se esforzara en denominarla "interpretación auténtica", la Ley N° 6319 es una reforma de la Ley N° 6041, ya que el resultado final no fue, como se pretendió con su denominación, precisar el sentido normativo de la primera o***

*aclarar alguno de sus conceptos, sino, lisa y llanamente, como se desprende de la comparación de textos y particularmente de la evolución que tuvo la segunda en su tramitación legislativa), introducirle una reforma al tributo primeramente diseñado, de modo que fuera más productivo para la Comisión de Préstamos para la Educación.- Aceptado que la Ley N 6319 es una reforma, no puede entonces tenerse como un hecho que haya podido integrarse a la N° 6014 y por ahí, que su aplicación lo fuera retroactivamente. No solamente no hay una referencia específica en ese sentido, que permita tener como cierta esa aplicación ilegítima, sino que del todo es imposible que lo haya sido si, como sostenemos, es una reforma legal pura y simple y no una interpretación auténtica, que por su naturaleza jurídica produce efectos diferentes.” (Lo resaltado no es del original).*

*Conforme a los criterios antes citados dictados por la Sala Constitucional, el fin y función de la interpretación auténtica es precisar el sentido existente de las normas, aclarando conceptos con base en el mismo. Si tal circunstancia no se da, se está ante una reforma y no una interpretación auténtica.*

*Por ello, es a raíz del esclarecimiento del sentido de las normas interpretadas (es decir, de la voluntad del legislador al momento de crear la ley) que la interpretación auténtica puede aplicarse retroactivamente sin que sea violentado el artículo 34 de la Constitución Política (Principio de Irretroactividad de la Norma en Perjuicio).*

*Asimismo, la interpretación auténtica no puede ser arbitraria o antojadiza, debe basarse en elementos objetivos que demuestren la intención del legislador al momento de aprobar la ley que desea interpretarse. Por tal razón es de vital importancia recurrir al expediente legislativo con tal de extraer y determinar con claridad el sentido de la ley.*

*En esa misma línea, éste Órgano Asesor se ha pronunciado. Así, en la Opinión Jurídica OJ-69-2014 indicó lo siguiente:*

***“II.- La interpretación auténtica y el proyecto de ley consultado.***

*Indudablemente la ley es un acto político, cuya emisión le compete exclusivamente a los diputados como representantes de la soberanía popular (artículo 105 constitucional); quienes de acuerdo con su ideología, sus compromisos políticos y sociales, con su promulgación buscan satisfacer una necesidad social imperiosa o un interés público imperativo (Al respecto véanse las sentencias N°s 3550-92, 6273-96, 4205-96 y 4857-96, de la Sala Constitucional). Por ello, siempre hemos reconocido que la Asamblea en el ejercicio de su potestad legislativa, goza de una discrecionalidad amplia pero no absoluta –pues está*

*inexorablemente sometida a la Constitución, según lo expuesto- que le permite adoptar, dentro del marco constitucional, la decisión que estime más adecuada para regular determinados aspectos y contribuir así a plasmar, a través de la ley, una determinada concepción político, social y económica sobre los fenómenos, de distinta naturaleza, que enfrenta el Estado costarricense.*

*Así las cosas, por ser la creación de la ley una decisión eminentemente política, ninguna autoridad –incluso este Órgano Superior Consultivo-, puede examinar, a partir de criterios políticos, la valoración política que el legislador intente plasmar o plasme en la ley. En consecuencia, si el legislador considera que debe o no ampliar los conceptos contenidos en la Ley, esa es una valoración estrictamente política que no nos concierne discutir ni cuestionar; a fin de cuentas, la aprobación o no de los presentes proyectos de ley, es un asunto de política legislativa.*

*En todo caso, consideramos que no puede desconocer el legislador que en cuando un error en la ley es conceptual o de sentido, y afecta la voluntad del órgano legislativo, la corrección del mismo sólo puede darse como resultado de una reforma legislativa o dictando una ley de interpretación auténtica (Dictamen C-444-2005 de 23 de diciembre de 2005 y pronunciamiento OJ-099-2008 de 3 de octubre de 2008).*

***En cuanto a la técnica de la interpretación auténtica, el artículo 121 de la Constitución Política le atribuye al Parlamento como potestad exclusiva el “dictar las leyes, reformarlas, derogarlas y darles interpretación auténtica, salvo lo dicho en el capítulo referente al Tribunal Supremo de Elecciones”. Así que la interpretación auténtica “... es la que emana del propio legislador, mediante otra ley llamada interpretativa y, como es obvio, es obligatoria, puesto que se realiza mediante una ley que se incorpora a la anterior para formar parte de ella”. (Véase Corte Plena, sesión extraordinaria del 12 de junio de 1969). En vista de lo anterior, los efectos de la ley interpretativa se retrotraen al momento de la vigencia de la ley interpretada; de ahí la importancia de que se dé la condición necesaria para utilizar esta técnica, ya que de no ser así, se le estaría eventualmente dando efecto retroactivo a una ley en perjuicio de derechos adquiridos o de situaciones jurídicas consolidadas, lo que quebrantaría el numeral 34 constitucional. Es por esta razón, que el Parlamento, antes de utilizar esta técnica legislativa, debe cerciorarse de que estamos en presencia de un caso de ambigüedad, oscuridad o que da lugar a dos o más interpretaciones o sentidos***

*(pronunciamientos OJ-081-2007 de 16 de agosto de 2007 y OJ-088-2005 de 28 de junio de 2005, entre otros), de lo contrario, atribuir a una norma el carácter de auténtica cuando en realidad se trata más bien de una reforma legal, porque modifica el sentido existente o crea una nueva norma jurídica, ello entraña el vicio absoluto de exceso de poder por soslayar el procedimiento ordinario para el ejercicio de la función legislativa (Resoluciones N°s 320-92 de las 15:00 hrs. del 11 de febrero de 1992, 4410-95 de las 09:00 hrs. del 11 de agosto de 1995 y 6223-96 de las 09:33 hrs. del 15 de noviembre de 1996, todas de la Sala Constitucional).*

*Recuérdese entonces que el punto de partida y límite de toda interpretación normativa es el propio texto de la ley, pues la interpretación jurídica tiene innegable carácter lingüístico, y si bien la Procuraduría General no puede emitir “stricto sensu” una interpretación auténtica, ello no significa que en ejercicio legítimo de nuestra competencia legal, no podamos interpretar una norma jurídica, pues el ejercicio de la función consultiva sobre problemas jurídicos presupone innegablemente una labor de interpretación jurídica con efectos vinculantes en la Administración activa.” (El resaltado no es del original)*

*De lo expuesto, se extraen aspectos importantes: la interpretación auténtica es una potestad legislativa que se adhiere a la ley que interpreta aclarando su significado; tal interpretación solamente opera sobre leyes cuyo texto sea ambiguo u oscuro, por ello nunca puede reformar el texto que interpreta.”*

*Aclarado lo anterior, es pertinente reiterar que la Dirección Jurídica en el criterio antes referenciado, no realizó una interpretación auténtica de norma alguna, pues no tiene la competencia para hacerlo. Además dentro de la labor consultiva que despliega según las competencias que le otorga el “Reglamento de la Dirección Jurídica y de las Actividades Jurídicas de la Caja Costarricense de Seguro Social” la Dirección Jurídica analiza las normas que aplican al caso concreto, es decir que no hay tal interpretación simplemente es un análisis basado en normas jurídicas que así lo disponen.*

*Igualmente, si bien procede aclarar lo que está oscuro y adicionar de lo que se carece, es criterio de esta Dirección Jurídica que en el oficio DJ 03692-2015 resulta innecesario por cuanto el mismo es claro y completo para los efectos pretendidos.*

*No obstante, en aras de resaltar que no se ha suprimido ningún Derecho Humano Fundamental, se reitera lo citado en dicho criterio y que textualmente indica:*

*“... Remitiéndonos al derecho positivo, el derecho de imagen está regulado por el Libro primero, título segundo, capítulo primero del*

*Código Civil, particularmente en los artículos 47 y 48, los cuales indican:*

*“Artículo 47.- (\*) La fotografía o la imagen de una persona no puede ser publicada, reproducida, expuesta ni vendida en forma alguna si no es con su consentimiento, a menos que la reproducción esté justificada por la notoriedad de aquélla, la función pública que desempeñe, las necesidades de justicia o de policía, o cuando tal reproducción se relacione con hechos, acontecimientos o ceremonias de interés público o que tengan lugar en público. Las imágenes y fotografías con roles estereotipados que refuercen actitudes discriminantes hacia sectores sociales no pueden ser publicadas, reproducidas, expuestas ni vendidas en forma alguna”.*

*“Artículo 48.- (\*) Si la imagen o fotografía de una persona se publica sin su consentimiento y no se encuentra dentro de alguno de los casos de excepción previstos en el artículo anterior, aquella puede solicitar al Juez como medida cautelar sin recursos, suspender la publicación, exposición o venta de las fotografías o de las imágenes, sin perjuicio de lo que resuelva en definitiva. Igual medida podrán solicitar la persona directamente afectada, sus representantes o grupos de interés acreditados, en el caso de imagen o fotografías que estereotipen actitudes discriminantes”.*

*Como se evidencia, los artículos transcritos se refieren tanto al contenido del derecho como a los casos de excepción en que no es requerido el consentimiento del titular del derecho para la publicación de su imagen. Estos casos de excepción están referidos a la notoriedad de la persona y el interés público de contar con su ilustración. En demérito de esto se debe señalar que los casos conocidos por la Comisión de Calificación de la Invalidez no se encuentran dentro de los supuestos de excepción.*

*Los recién transcritos artículos han sido dimensionados por la Jurisprudencia de la Sala Constitucional, órgano que le ha dado contenido a lo dispuesto por la norma civil, puntualmente ha indicado la Sala;*

*“Tanto de la norma citada como de las decisiones reseñadas de este Tribunal pueden derivarse como reglas en materia del **derecho de imagen**, las que siguen: i) existe un **derecho fundamental a la imagen** derivado del derecho a la intimidad; ii) este derecho consiste en que no*

*se puede captar, reproducir ni exponer la imagen de una persona sin su consentimiento; iii) la regla del consentimiento del derechohabiente admite varias excepciones, a saber: a) las fundamentadas en los límites del principio de autonomía de la voluntad enunciadas en el artículo 28 de la Constitución Política –la moral, el orden público, el perjuicio a tercero- que evidentemente no pueden invocarse en abstracto, sino que deben atarse a una situación concreta, dándoles contenido, b) la notoriedad de la persona o la función pública que desempeñe, c) las necesidades de justicia o de policía, y d) cuando tal reproducción se relacione con hechos, acontecimientos o ceremonias de interés público o que tengan lugar en público. Es en este sentido, debido a que la fotografía del recurrente está incluida en la base de datos de la empresa Datum, sin el consentimiento del interesado como lo afirma en este amparo, en cuanto este extremo el recurso debe estimarse por infracción del **derecho a la imagen** del recurrente, ordenándose a la accionada la inmediata supresión de su fotografía de las bases de datos que operan dado que la fotografía se puede usar solo de manera excepcional y justificada. De igual manera, como se indicó, al considerarse que los números de teléfono celular de la cónyuge del recurrente son de carácter personal, no deberían aparecer en la página de información del accionante y por ello se ordena también a la empresa accionada, eliminarlos de esa base de datos”<sup>5</sup>.*

*Como se puede apreciar, la Sala Constitucional establece las reglas existentes en materia del derecho a la imagen, pero a la vez, señala las excepciones entre las que cita:*

- *Las derivadas de la autonomía de la voluntad*
- *La notoriedad de la persona o la función pública que desempeñe*
- *Las necesidades de justicia o de policía, y*
- *Cuando se trata de hechos, acontecimientos o ceremonias de interés público o que tengan lugar en público.*

*En estas situaciones el Derecho a la Imagen cede y deja de ser absoluto y en ese sentido “el funcionario público pierde su derecho de imagen bajo la investidura de su labor como servidor estatal, por lo que queda expuesto de ser incluso*

---

<sup>5</sup> Res. Nº 2009016049 SALA CONSTITUCIONAL DE LA CORTE SUPREMA DE JUSTICIA. de las doce horas y treinta y siete minutos del dieciséis de octubre del dos mil nueve. Ver además Res. Nº 2009009921. SALA CONSTITUCIONAL DE LA CORTE SUPREMA DE JUSTICIA. de las trece horas y cincuenta y tres minutos del diecinueve de Junio del dos mil nueve.

*filmado o fotografiado en sus funciones”, como excepción a la regla, tal y como lo establece el artículo 47 del Código Civil.*

*En relación al acto médico privado, protegido por el Secreto Profesional y que según el Secretario de Asuntos Legales de SIPROCIMECA la Dirección Jurídica se arroga la competencia de los Colegios Profesionales de demarcar los términos del Secreto profesional, es pertinente indicar que en el oficio DJ 03962-2015 lo que se hace es transcribir las normas que regulan dicha figura y que han sido dictadas por el Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica. En dicho criterio se indica:*

*En ese sentido el Código de Moral Médica regula el secreto profesional de los médicos. Sobre el particular señala:*

*Artículo 91. —Por secreto médico se entiende todo aquello que, por razón de su ejercicio profesional, haya llegado a conocimiento del médico, ya fuere porque le fue confiado, o porque lo observó o intuyó.*

*Artículo 92. —El médico no debe revelar a terceros, hechos de su conocimiento en virtud del ejercicio de su profesión, salvo por imperio legal o autorización expresa del paciente o de su representante legal. Esa prohibición se mantiene aunque el hecho sea del conocimiento público o el paciente haya fallecido.*

*Artículo 93. —El médico no debe revelar el secreto profesional referente al paciente menor de edad, inclusive a sus padres o responsable legal, desde el momento en que se determine que ese menor tiene capacidad para evaluar su problema y conducirse por sus propios medios para solucionarlo, salvo cuando negar dicha revelación pueda acarrear daño al paciente, a terceros o por imperio legal.*

*Artículo 94. —El médico no debe hacer referencia a casos clínicos identificables, mostrar pacientes o sus fotografías en publicaciones médicas, en medios de comunicación colectiva, sin el consentimiento escrito del paciente o de su representante legal.*

*Artículo 95. —El médico debe tener acceso a la información contenida en el expediente clínico en los servicios de salud, esa información es confidencial, solo podrá compartirla con fines médicos legítimos y según corresponda, con el consentimiento del paciente.*

*Como se puede apreciar, la información resguardada por el secreto profesional, puede ser revelada si media el consentimiento del paciente.” (Lo resaltado no pertenece al original)*

*La Dirección Jurídica en esta última frase reitera lo que indica el Código de Moral Médica por lo que no está demarcando en ninguna manera los términos del Secreto Profesional.*

*Dichas normas son llevadas posteriormente a la práctica al indicar esta Asesoría que:*

*“Lo anterior implica que las consultas efectuadas por los profesionales en medicina, en el ejercicio de la función pública, pueden ser grabadas por los pacientes, pues ello implicaría que en forma tácita el paciente accede a que la información que allí se ventile sea compartida, exonerando al profesional de cualquier uso inadecuado que se le dé a esa información. En este sentido considera esta Asesoría Jurídica que es pertinente regularizar este tipo de actividades sobre todo en resguardo de la información que en tesis de principio es de carácter confidencial y que se encuentra cubierta por el secreto profesional, debiendo quedar constancia del consentimiento del paciente.*

*Así las cosas no aprecia esta Dirección Jurídica que haya algún aspecto que deba ser aclarado o adicionado en el criterio contenido en el oficio DJ 03962-2015, ya que la recomendación que se plantea es que ante la excepción que contiene el artículo 47 del Código Civil sobre la posibilidad de publicar, reproducir o exponer la imagen de una persona en el ejercicio de la función pública, sea regulada a lo interno de las instalaciones con el fin de llevar un registro de las situaciones que acontezcan.*

#### RECOMENDACIÓN

*Esta Dirección Jurídica recomienda a la Junta Directiva rechazar las diligencias de adición y aclaración planteadas por el Dr. Mario Boschini López, Secretario de Asuntos Legales y Conflictos del Sindicato de Profesionales en Ciencias Médica de la CCSS e Instituciones Afines (SIPROCIMECA) al oficio DJ 03962-2015 de 09 de julio de 2015 emitido por la Dirección Jurídica, ya que el mismo no contiene aspectos que deban ser aclarados o adicionados, manteniéndose el mismo en todos sus extremos”.*

***Por consiguiente***, acogida la citada recomendación y la propuesta de acuerdo de la Dirección Jurídica y con fundamento en lo ahí expuesto, la Junta Directiva **ACUERDA** rechazar las diligencias de adición y aclaración planteadas por el Dr. Mario Boschini López, Secretario de Asuntos Legales y Conflictos del Sindicato de Profesionales en Ciencias Médicas de la Caja Costarricense de Seguro Social e Instituciones Afines (SIPROCIMECA) al oficio número DJ 03962-2015, de 09 de julio del año 2015, emitido por la Dirección Jurídica, ya que no contiene aspectos que deban ser aclarados o adicionados, manteniéndose el mismo en todos sus extremos”.

y la Junta Directiva –en forma unánime- **ACUERDA** trasladarlo a la Dirección Jurídica, para su análisis y recomendación.

#### **ARTICULO 13°**

Se tiene a la vista la comunicación del 21 de diciembre del año 2016, suscrita por los doctores Alejandra Trejos Chacón, Enfermera, Supervisora Regional, DRSSCS (Dirección Regional de Servicios de Salud Central Sur); Jairo Acuña Calvo, Enfermero, Encargado Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) DRSSCS; María del Rocío Hernández Arroyo, Enfermera, Supervisora Regional, DRSSCN, listas con personal firmante, 37 páginas, dirigida a los Señores Miembros de la Junta Directiva, a la Presidenta Ejecutiva y a Gerente Médico, en la que manifiestan el descontento respecto del proceso de nombramiento del Coordinador (a) Nacional del Programa Ampliado de Inmunizaciones, que es un cargo que por décadas lo ha ostentando y dirigido un profesional en Enfermería, pero a partir de la jubilación de quien lo ocupaba, les señalaron que el cargo será trasladado a un médico, lo cual llena de asombro a todo el grupo que a nivel nacional lidera el Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI), ya que han realizado trabajo responsable, efectivo y eficaz, tanto para la Institución como para la población; por décadas han programado un trabajo de gran impacto con el profesional en Enfermería, actividades que incluyen a administrar, gestionar y mantener la vacuna, citan gestión, asistencia, docencia, investigación. Señalan una serie de acciones que desarrollan dentro del citado programa y solicitan que se mantenga la Coordinación Nacional del PAI a cargo de un Profesional en Enfermería. Quedan a la espera de una respuesta formal porque existe malestar, porque consideran que *“cuando un equipo se distingue por una labor con resultados de tanto impacto positivo, lo menos que se puede esperar es un estímulo, jamás una acción donde se menosprecie a una disciplina, con un cambio en el formato de coordinación, que de todas maneras roza con la gestión-coordinación descrita en el Decreto 18190-S” (Decreto Ejecutivo N° 18190-S del 22 de junio de 1988, publicado en La Gaceta N° 130 del 8 de julio del 1988, el Poder Ejecutivo emitió el Reglamento del Estatuto de Servicios de Enfermería).*

Se ha recibido, además, la copia del oficio número PE-12064-2017, de fecha 3 de enero del año 2017, que firma la Jefe de Despacho de la Presidencia Ejecutiva, dirigida a la Dra. María Eugenia Villalta Bonilla, Gerente Médico, mediante la cual, en relación con el oficio suscrito por la Dra. Alejandra Trejos Chacón y otros, referente al descontento al proceso de nombramiento de Coordinador Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) (*indicado en el apartado a*), lo traslada, para su atención y respuesta a los interesados, con copia a la Presidencia Ejecutiva,

y la Junta Directiva –por unanimidad- **ACUERDA** trasladarlas a la Gerencia Médica, para lo que corresponda.

#### **ARTICULO 14°**

Se tiene a la vista el oficio número DM-9456-2016, fechado 28 de diciembre del año 2016, suscrito por el Dr. Fernando Llorca Castro, Ministro de Salud, Rector en Salud, Nutrición y Deporte, dirigido a la Dra. María del Rocío Sáenz Madrigal, Presidenta de la Junta Directiva, por medio del que comunica que el Grupo Técnico Interinstitucional de Vigilancia de Enfermedades Transmitidas por Vectores, (*Ministerio de Salud-CCSS-INCIENSA*), ha elaborado el Protocolo de Vigilancia para el Virus del Zika y sus complicaciones, el cual se encuentra publicado en la Página Web del Ministerio de Salud en el link:

<https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/vigilancia-de-la-salud/normas-protocolos-y-guias/3186-protocolo-de-vigilancia-de-enfermedad-por-virus-zika-y-sus-principales-complicaciones/file>. Señala que este protocolo desplaza al lineamiento técnico anterior publicado en Abril del 2016.

Agradece que se informe a todos los niveles de gestión de la Caja para su

adecuada implementación, y la Junta Directiva –unánimemente- **ACUERDA** trasladarlo a la Gerencia Médica, para la atención correspondiente.

#### **ARTICULO 15°**

Se tiene a la vista el oficio número COPROCOM-OF-094-16 (fax), del 23 de diciembre del año 2016, suscrito por el Sr. Errol Solís Mata, Director, Unidad Técnica de Apoyo, Comisión para Promover la Competencia (COPROCOM); *órgano de desconcentración máxima adscrito al Ministerio de Economía, Industria y Comercio, cuyo propósito fundamental es cumplir los preceptos de la Ley de Promoción de la Competencia y Defensa Efectiva del Consumidor N° 7472, mediante la tutela y la promoción del proceso de competencia y libre concurrencia, investigando y sancionando las prácticas monopolísticas y otras restricciones al funcionamiento eficiente del mercado,* en el que manifiesta que la Comisión para Promover la Competencia (COPROCOM) es un órgano de máxima desconcentración, adscrito al Ministerio de Economía, Industria y Comercio, que se encarga de conocer de oficio o por denuncia y sancionar, cuando proceda, todas las prácticas que constituyan impedimentos o dificultades para la libre competencia y entorpezcan innecesariamente la fluidez del mercado. Externa su preocupación por los temas relacionados con la contratación administrativa de bienes y servicios y el respeto al principio de competencia y libre concurrencia que la rigen, entre otros la promoción de la competencia en esta área de actividad es consistente con otros principios que informan la propia normativa sobre contratación pública, por saber: eficiencia, eficacia, publicidad, libre concurrencia, igualdad y buena fe. Señala que la Caja es una de las instituciones de mayor importancia dentro de las compras públicas, no sólo por el presupuesto que administra sino por la relevancia de los bienes y servicios que adquiere para la protección de la salud de los costarricenses. Indica que en el año 2016, la Caja ha remitido al menos ocho expedientes a esa instancia, ya sea por supuestos precios excesivos en la compra de medicamentos y otros implementos médicos o bien por supuestas barreras para la adquisición de productos a menores precios. Dado lo anterior, solicita que se les conceda una audiencia ante la Junta Directiva, con el fin de exponer la forma de mejorar la eficiencia en las compras públicas a través de la promoción de los principios de competencia y libre concurrencia. Señala que es de interés ofrecer capacitación en el tema, enfatizando en las mejores prácticas internacionales de organismos como la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico (OCDE), así como un acompañamiento que permita una mejora sensible en el abordaje de problemas de contratación administrativa. Destaca la experiencia positiva que tuvo el Instituto Mexicano de Salud (IMS) hace algunos años, que le permitió un ahorro de millones de dólares al incorporar principios de competencia en sus compras, y la Junta Directiva –por unanimidad- **ACUERDA** acusar recibo, agradecer el ofrecimiento y trasladarlo a la Gerencia de Logística para la atención correspondiente.

#### **ARTICULO 16°**

Se tiene a la vista la copia del oficio número CENDEISSS-DE-13910-16, del 21 de diciembre del año 2016, suscrito por la Dra. Sandra Rodríguez Ocampo, Directora Ejecutiva del Centro de Desarrollo Estratégico e Información en Salud y Seguridad Social (CENDEISSS), dirigido a la Dra. María Eugenia Villalta Bonilla, Gerente Médico, mediante la cual en cumplimiento de la normativa y en calidad de Directora Ejecutiva del CENDEISSS, siendo que mediante oficio N° GM-RH- 5955-14 de fecha 31 de enero del año 2014, la Gerencia Médica informó de su designación en dicho puesto, de manera atenta presenta ante las autoridades superiores el Informe

de Labores como Directora Ejecutiva del CENDEISSS, del 03 de febrero del año 2014 al 31 de diciembre del año 2016. Indica que, como informó en oficios números CENDEISSS-DE-11339-16 de fecha 26 de octubre del año 2016, y CENDEISSS-DE-12595-16, del 02 de diciembre del año 2016, laboró como Directora Ejecutiva del CENDEISSS hasta el 31 de diciembre del año recién pasado. Señala que el presente informe rinde cuentas sobre las actividades estratégicas impulsadas y los resultados relevantes alcanzados durante mi gestión en los años 2014, 2015 y 2016, y la Junta Directiva –por unanimidad- **ACUERDA** tomar nota y solicitar a la Gerencia Médica la atención que sea pertinente. Asimismo, se le solicita que en el caso de que haya alguna acotación de algún asunto en que deba actuar la Junta Directiva que así se lo informe cuanto antes para proceder.

#### **ARTICULO 17°**

Se tiene a la vista el oficio número CNVE-06-2017, del 6 de enero del año 2017, suscrito por el Dr. Roberto Arroba Tijerino, Secretario Técnico, Comisión Nacional de Vacunación y Epidemiología, Ministerio de Salud, en el cual manifiesta que en la sesión ordinaria XI del mes de diciembre del año 2016, se trató el tema de la vacunación contra rotavirus. Los señores Miembros de la Comisión Nacional de Vacunación y Epidemiología acordaron hacer consulta formal a la Junta Directiva de la Caja, sobre cuál es el estado actual en relación con la decisión sobre la inclusión de la vacuna contra Rotavirus en el esquema básico de inmunizaciones del país, tomado por la Junta Directiva, ya que indica que, desde el año pasado, se había presentado el estudio de costo-efectividad en la Comisión Nacional de Vacunación y Epidemiología; dicho estudio fue aprobado técnicamente y se decidió enviar a la Caja para seguir con lo dispuesto para la aprobación por parte del órgano colegiado; entiende que la Presidencia Ejecutiva decidió que parte de los funcionarios que elaboraron el estudio lo presentaran a la Junta Directiva; sin embargo, señala que desde que la citada Comisión envió dicho estudio en febrero del año pasado, ha transcurrido mucho tiempo (casi un año desde la presentación de dicho estudio), y es pertinente tener la posición oficial de la Junta Directiva de la Caja en relación con la introducción de esta vacuna en el esquema básico de vacunación del país; se menciona que dicho estudio dio un resultado de costo-ahorrativo, lo que implica que por cada dólar (o colón) invertido en la compra de las vacunas se estaría ahorrando dinero al país.

Como antecedente se tiene que en el artículo 23° de la sesión N° 8866, celebrada el 6 de octubre del año 2016, la Junta Directiva tuvo a la vista el oficio N° GM-SJD-17076-2016, fechado 22 de agosto del año 2016, suscrito por la Dra. María Eugenia Villalta Bonilla, Gerente Médico, mediante el cual se presenta el Informe del estudio de costo efectividad de la vacuna contra el Rotavirus. Se hizo la presentación respectiva y: “**Finalmente** y habiéndose hecho la presentación pertinente por parte del doctor José A. Castro Cordero, **se da por recibido** el *Informe del estudio de costo efectividad de la vacuna contra el Rotavirus, que se presenta por medio del oficio N° GM-SJD-17076-2016*, del 22 de agosto del año 2016, y quedar a la espera de que la Comisión Nacional de Vacunación remita la petición para que la vacuna del rotavirus sea incluida en el Esquema Nacional de Vacunación, y la Junta Directiva –en forma unánime- **ACUERDA** trasladarlo a la Gerencia Médica, para la atención correspondiente y que informe a la Junta Directiva, en un plazo de quince días.

**ARTICULO 18°**

*“De conformidad con el criterio GA-42188-2017, el acceso de esta información, por ser de carácter confidencial de conformidad con reiterada jurisprudencia de la Sala Constitucional, se excluye de publicación”.*

**ARTICULO 19°**

*“De conformidad con el criterio GA-42188-2017, el acceso de esta información, por ser de carácter confidencial de conformidad con reiterada jurisprudencia de la Sala Constitucional, se excluye de publicación”.*

**ARTICULO 20°**

*“De conformidad con el criterio GA-42188-2017, el acceso de esta información, por ser de carácter confidencial de conformidad con reiterada jurisprudencia de la Sala Constitucional, se excluye de publicación”.*

**ARTICULO 21°**

*“De conformidad con el criterio GA-42188-2017, el acceso de esta información, por ser de carácter confidencial de conformidad con reiterada jurisprudencia de la Sala Constitucional, se excluye de publicación”.*

**ARTICULO 22°**

*“De conformidad con el criterio GA-42188-2017, el acceso de esta información, por ser de carácter confidencial de conformidad con reiterada jurisprudencia de la Sala Constitucional, se excluye de publicación”.*

**ARTICULO 23°**

*“De conformidad con el criterio GA-42188-2017, el acceso de esta información, por ser de carácter confidencial de conformidad con reiterada jurisprudencia de la Sala Constitucional, se excluye de publicación”.*

**ARTICULO 24°**

*“De conformidad con el criterio GA-42188-2017, el acceso de esta información, por ser de carácter confidencial de conformidad con reiterada jurisprudencia de la Sala Constitucional, se excluye de publicación”.*

**ARTICULO 25°**

*“De conformidad con el criterio GA-42188-2017, el acceso de esta información, por ser de carácter confidencial de conformidad con reiterada jurisprudencia de la Sala Constitucional, se excluye de publicación”.*

**ARTICULO 26°**

*“De conformidad con el criterio GA-42188-2017, el acceso de esta información, por ser de carácter confidencial de conformidad con reiterada jurisprudencia de la Sala Constitucional, se excluye de publicación”.*

**ARTICULO 27°**

*“De conformidad con el criterio GA-42188-2017, el acceso de esta información, por ser de carácter confidencial de conformidad con reiterada jurisprudencia de la Sala Constitucional, se excluye de publicación”.*

**ARTICULO 28°**

*“De conformidad con el criterio GA-42188-2017, el acceso de esta información, por ser de carácter confidencial de conformidad con reiterada jurisprudencia de la Sala Constitucional, se excluye de publicación”.*

**ARTICULO 29°**

*“De conformidad con el criterio GA-42188-2017, el acceso de esta información, por ser de carácter confidencial de conformidad con reiterada jurisprudencia de la Sala Constitucional, se excluye de publicación”.*

**ARTICULO 30°**

Según lo previsto se procede al acto de juramentación de los miembros de la “Mesa de Diálogo de los Sectores Sociales para la sostenibilidad del Seguro de Pensiones de la Caja Costarricense de Seguro Social”.

Se cuenta en esta oportunidad con funcionarios de prensa de la Dirección de Comunicación Organizacional, que cubrirán este acto: licenciadas Xinia María Bustamante, Miriam Villegas Castro, y el licenciado Gerald Montero Ronny.

Señala la señora Presidenta Ejecutiva que según lo previsto, se procede al acto de juramentación de los miembros de la “Mesa de Diálogo de los Sectores Sociales para la sostenibilidad del Seguro de Pensiones de la Caja Costarricense de Seguro Social”. En ese sentido, los Miembros de la Junta Directiva, están plenamente satisfechos con la participación de los representantes de los sectores nombrados, para que conformen la citada mesa. Se invió al señor Ministro de Trabajo, la Ministra de Planificación está atendiendo un compromiso, pero se incorporará a la sesión en algún momento después y de igual manera, el Viceministro de Hacienda. Además, por ser el Ministro de Trabajo y Seguridad Social, sin duda en la mesa de diálogo, desempeñará un papel relevante, aunque en la mesa todos los integrantes, van a estar en igualdad de condiciones. Señala que como es de conocimiento de los señores representantes en la mesa de diálogo, la Junta Directiva desde hace varios meses, se había trazado una ruta para el fortalecimiento del Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte (R.I.V.M). En la cual se estableció el

contar con un estudio actuarial independiente, se tuvo ese “resorte”, es decir, ese insumo técnico desde la Universidad de Costa Rica (UCR), con el acompañamiento de la Superintendencia de Pensiones (SUPEN) y el informe se hizo de conocimiento público el mismo día que se le presentó a la Junta Directiva, en el mes de diciembre del año 2016. En esos términos, el Órgano Colegiado se dio a la tarea de analizarlo durante el fin de año, para que en el mes de enero siguiente, se continuara con esa ruta. Desde el principio se había planteado que las medidas de mediano y largo plazo, iban a requerir un proceso de negociación y de análisis, así como de insumo, puesto que se tiene claro de que las pensiones, es un tema de carácter nacional que tiene una implicación significativa en la vida de las personas, porque se relaciona con la seguridad que tienen que tener, al final de su vida laboral. No hará un resumen de todas las sesiones de la Junta Directiva, en las que se ha estado abordando el tema, pero sí puede indicar que en los últimos meses, se dedicaban dos o tres horas de cada sesión para analizar el asunto, por lo que han estado vinculados al análisis y a la definición del abordaje de la mesa de diálogo. La cual es muy importante para el país, por lo que se espera que sin duda, las posibilidades de encontrar un acuerdo, no es solamente un reto para los integrantes de la mesa de diálogo, sino para el país. Hace 60 años hubo un acuerdo nacional sobre la conformación de la Seguridad Social, el año pasado, ese gran pacto cumplió 75 años y, después de 75 años y de muchos pactos a lo largo de esos años, el país ha logrado tomar las mejores decisiones para la población costarricense y por ese aspecto, Costa Rica es distinto y tiene una ruta diferente, a la que han sumado algunos países de América Latina y fuera de ella, en la protección de su Seguridad Social. La cual ha sido gracias a ese diálogo, a esa posibilidad de llegar a acuerdos e indicar, cual es el camino que se ha logrado concertar y esa tarea se tiene que gestionar. Es una gran responsabilidad que se tiene para la población costarricense en este momento, pero sobre todo con las futuras generaciones. Hace énfasis en que el proceso plantea la posibilidad de colocar, por ejemplo, un granito de arena en esa construcción de un país democrático, porque se conoce que tomar las decisiones en la mesa de diálogo, será la diferencia de Costa Rica, porque cada reto se asume con democracia, con participación y con responsabilidad.

Interviene el Director Fallas Camacho y señala que se une al agradecimiento de la señora Presidenta Ejecutiva. Esta Junta Directiva ha estado realmente preocupada desde hace tiempo, por lo que ha estado discutiendo el tema de la sostenibilidad del RIVM; es evidente que el tema consolidado de elementos políticos y técnicos, por lo que es un poco difícil integrar elementos de esa naturaleza. Además, de unirse al agradecimiento, insta a reflexionar en que cada uno de los integrantes de la mesa de diálogo, representa a un grupo en específico de la sociedad costarricense y como es natural, tienen sus propias visiones y pensamientos alrededor del tema. Repite, insta a reflexionar sobre las acciones por tomar, porque están representando a la sociedad costarricense, a todas aquellas personas que están dentro del Sistema de Seguro Social. Ese aspecto conduce a tener el compromiso de pensar en esos ciudadanos de una manera desinteresada. En la Junta Directiva se ha pensado en que se debería tener representantes usuarios en la mesa del diálogo, entre ellos obreros, amas de casa, es decir, las personas que mantienen al Seguro Social y que esperan que esta Institución, siga respondiendo a sus necesidades. Sin duda alguna se tiene mucha preocupación por la sostenibilidad del Régimen, así como por el monto de la pensión que se pueda garantizar a cierta edad, de manera que las personas puedan tener un respaldo financiero, con el que puedan pasar los últimos años de su vida de la mejor manera. Es enfático en que no existe ningún interés en favorecer a grupos, si no en general como una visión de país.

El Director Gutiérrez Jiménez le manifiesta su agradecimiento a los participantes de la mesa de diálogo, porque es una tarea ardua en la que, difícilmente, se va a lograr satisfacer todos los intereses que pueden existir alrededor del proceso. Se siente optimista porque en la Junta Directiva, se han antepuesto sus intereses al proceso y se ha creído que el tema de pensiones es un asunto país, el cual sobrepasa el Poder Ejecutivo, al sector patronal y al sector social, para que se reúnan y se establezca un norte como costarricenses, para tratar de entender que hay que gestinar bien, de lo contrario se estaría comprometiendo en mucho, los intereses muchas personas y, principalmente, las de muchas personas que tienen una gran sensibilidad, para con todos esos temas. Conoce que existen principios que van a corregir el Sistema, porque son los principios que tiene la Caja, por lo que considera importante indicar desde ya que por lo menos desde el prisma del sector patronal, no se pretende ningún tipo de privatización, ni ningún tipo de cuenta individual. Ese aspecto es importante dejarlo planteado para ir eliminándole los fantasmas al proceso y manifestar el interés de que el proceso funcione desde el primer día, de una manera transparente de diálogo y lograr que se avance en esa sostenibilidad que bien el doctor Fallas indicaba. Si bien los productos que se generen en la mesa de diálogo, no van a ser vinculantes como es del conocimiento de los participantes, evidentemente, van a tener un peso significativo y desconocerlo no es real. Por ese aspecto se esperra que se traten de hacer sus mejores esfuerzos, para consensuar a que se logren los productos que lleguen a esta Junta Directiva más elaborados, porque todos están con la misma pretensión, es decir, son los mismos intereses de la Caja y de la Gerencia de Pensiones, dado que el tema tiene una connotación significativa y se está analizando el tema de pensiones, pero también tiene un efecto en el asunto del Seguro de Enfermedad y Maternidad (SEM). Le parece que analizar solo el tema de pensiones y no el asunto de Salud, es dejar inconclusa la discusión, por lo que la tarea de los miembros de la mesa de diálogo, se convierte en ardua e interesante y con la ayuda del facilitador, se podrán cumplir esas metas. Es cierto que el tiempo es corto, así como que quizá mañana, se va a tener que repensar para continuar con la mesa de diálogo. Se debería tener esos productos a corto plazo junto con esas propuestas, para que les permitan no solo intervenir y reaccionar a las soluciones de corto y mediano plazo y por qué no dejar defiidas, algunas otras medidas de mayor peso, para el largo plazo. Pero el tema no se debe dejar de analizar, porque bien esta Junta Directiva pudo haber dejado el asunto, para que el tema lo resolviera el siguiente Gobierno, pero no le parece justo. Entonces, los miembros de la mesa de diálogo, son una parte importantísima para lograr esos resultados y esas propuestas que la Caja y los costarricenses necesitan.

Abona la doctora Sáenz Madrigal que el objetivo que se tiene para la mesa de diálogo, es recomendar a la Junta Directiva de la Caja, un conjunto de propuesta que, tomando como insumo de partida los escenarios del estudio actuarial de la Universidad de Costa Rica, permitan fortalecer la sostenibilidad de mediano y largo plazo del Régimen de I.V.M., como componente fundamental de protección social, en el diseño multipilar del Sistema de Pensiones y como un factor que inside en la visión integral de la competitividad y el desarrollo nacional. En ese orden de temas, se ha planteado la conformación de la mesa de diálogo por once miembros, los cuales representan tres al Estado, tres de la parte Patronal, uno por el Solidarismo, uno por el Cooperativismo, y hasta tres personas por el Sindicalismo. El Sindicalismo remitió dos nombres y así ha quedado informado, algunos de los sectores han solicitado que se aproveche para tener suplentes que, originalmente, no se habían visualizado, lo cual no es que no vaya a haber suplentes, el asunto es que no se había visualizado en ese primer momento. En ese sentido, si alguno de los sectores el día de hoy presenta algún suplente, de una vez se aprovecharía para

hacer la juramentación respectiva, pero aquel sector cuando lo considere conveniente y pertinente, le hace la comunicación a la Junta Directiva, para proceder a la respectiva juramentación. Desde la perspectiva de la votación a nivel de la Junta Directiva, se esperaría que las decisiones se vayan a tomar por consenso. No obstante, hay que establecer un orden para la votación y, en ese sentido, los sectores tienen el voto asignado por sector tal y como está conformada la Junta Directiva de la Caja, es decir, que aunque hubiese once personas, los que van a votar por cada uno de los sectores son en total nueve, para mantener la misma conformación del Órgano Colegiado de la Caja. El segundo aspecto, es que se va a contar con un facilitador y se le agradece a don Roberto Artavia, quien participó en una sesión de la Junta Directiva y se conversó sobre cuáles son los objetivos y el papel que desempeñaría ese facilitador de la mesa de diálogo, porque es quien va a tener la gran tarea de establecer la normativa y las agendas, además, de buscar el consenso. También se va a contar con una Secretaría Técnica que en forma conjunta va a trabajar, junto con el facilitador para que todos los insumos técnicos que se requieran sean provistos. La Secretaría Técnica va a estar conformada por la Gerencia de Pensiones y la Superintendencia de Pensiones, por lo que va a existir un equipo técnico que va a apoyar aquellos aspectos que así lo requieran y, también, hacer análisis, documentos, información, entre otros aspectos. A cada uno de los miembros se les va a entregar una llave maya y un portafolio, con la documentación básica que se considera en este momento mínima para iniciar el proceso, la cual está conformada por el estudio actuarial de la Universidad de Costa Rica, los términos de lo que hace un momento se mencionó en mayor detalle, para que sea revisado; además, les va a servir para colocar cualquier documento que se requiera tener. Como Órgano Colegiado se está con toda la apertura de que si se requiere información, o sienten necesidades, por favor la hagan llegar a través del Facilitador y de la Secretaría Técnica, para que se resalice esa labor lo más fácil posible, dentro de la complejidad que requiere un abordaje de esta naturaleza. Se precede a la juramentación de los integrantes de la mesa de diálogo presentes y, luego, en su momento se procederá con la juramentación de los que corresponda.

Interviene la Directora Soto Hernández y señala que como representante de un sector de la sociedad en esta Junta Directiva y siendo mujer, se alegra de que esté como integrante en la mesa de diálogo doña Olga Marta Rodríguez, doña Olga Martha Sánchez, quien es Ministra de Planificación. Lo anterior, por cuanto hay que hacer conciencia de que hoy se escribe, una página importante en la historia de la Caja y va a depender de los miembros de la mesa de diálogo, cuanto grande va a ser ese compendio y de positivo, ya que las esperanzas de más de cuatro millones de habitantes de este país, está en las recomendaciones que se generen en esa mesa de diálogo, en la cual está representada todos los sectores sociales. Manifiesta su esperanza en el proceso, dada la apertura de la mesa negociadora de un tema tan importante en este país, la cual se les está entregando como sus integrantes.

Ingresa al salón de sesiones el licenciado José Francisco Pacheco Jiménez, a quien la señora Presidenta Ejecutiva le da la bienvenida y procede a juramentarlo.

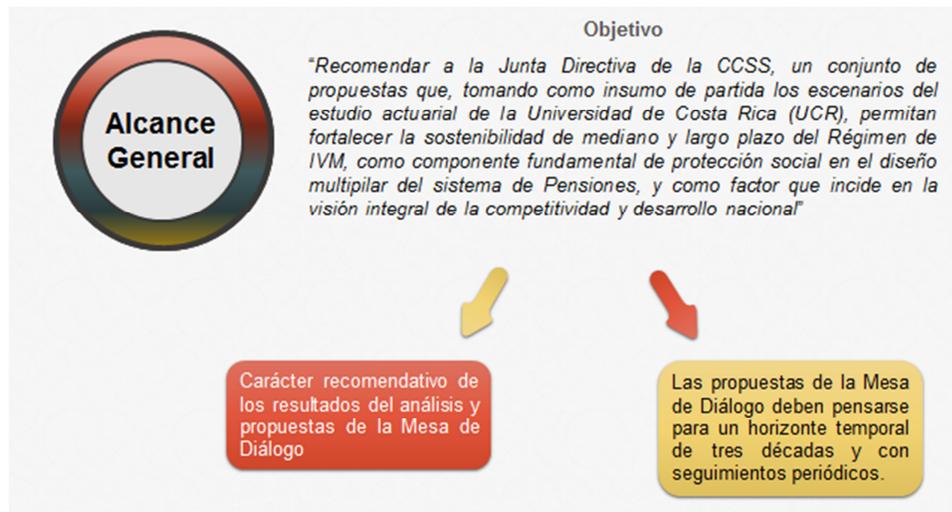
Los miembros de la Mesa de diálogo, el doctor Artavia Loría y los funcionarios de la Dirección de Comunicación se retiran del salón de sesiones.

Habiendo concluido el acto de juramentación, el señor Gerente de Pensiones presenta a Junta Directiva: Informe de la Gerencia de Pensiones en cuanto los aspectos logísticos y otros de la Mesa de diálogo, para cuyos efectos se apoya en las siguientes láminas:

I)



II)



III)



IV)

## Metodología

---

**Ejes Temáticos Primera Ronda  
Enfoque Ingresos**

- Ajustes no paramétricos: ingresos no estrictamente dependientes de la variable demográfica (Ej: art.78 LPT), ampliación de la cobertura del seguro de pensiones, rentabilidad de las inversiones.
- Ajustes paramétricos: nivel y distribución de la prima de cotización, enganche con otros sistemas, cotización de futuros pensionados al seguro de salud para atención médica.
- Fortalecimiento del diseño multiplilar del sistema nacional de pensiones a través de la educación previsional.



**Abril-Junio 2017**

V)

## Metodología

---



**Ejes Temáticos Segunda Ronda  
Enfoque Costos**

- Ajustes no paramétricos: costos de operación, pensiones por invalidez y sobrevivencia.
- Ajustes paramétricos: Tasa de remplazo, años de cotización, edades de retiro.
- Análisis de modelos alternativos implementados en otros países que incluyan ajustes automáticos en los sistemas de capitalización colectiva y reparto.

**Agosto-October 2018**

VI)



a. Introducción técnica sobre los sistemas previsionales de seguridad social y sus perspectivas (OIT).

b. Resultados del estudio actuarial elaborado por la Universidad de Costa Rica

c. Informe de resultados de la primera ronda. (Aplica sólo para la segunda ronda)

## Metodología

---

Cada ronda deberá iniciar con la exposición de los siguientes temas:

VII)



VIII)

### Estructura de votación

Cada representante tendrá derecho a voz y se asignan 3 votos por cada sector para un total de 9.

Al momento de la votación cada sector emitirá el voto como se describe en el siguiente cuadro

Sectores Participantes (10 miembros)					
	Sector Trabajador			Sector Gobierno	Sector Patronal
	Sindicatos	Cooperativas	Asociaciones Solidaristas		
	Representante 1	Representante 1	Representante 1	Representante 1	Representante 1
	Representante 2			Representante 2	Representante 2
				Representante 3	Representante 3
Votos	1	1	1	3	3
Total	3			3	3
<b>Total general de votos: 9</b>					

IX)



X)

## Secretaría Técnica

**01**

Conformada por la Gerencia de Pensiones y la Superintendencia de Pensiones. Para los cálculos que la mesa solicite utilizará el modelo actuarial de la UCR

**04**

Puede participar con voz pero sin voto.

**02**

Facilitará la información de apoyo documental.

**03**

Brindará colaboración al facilitador de la Mesa de Diálogo para la elaboración del informe final.

**PARTICIPACIÓN DE LA OISS**

XI)

## Otros Aspectos

**1**

**Entidades Observadoras**

Se incorporará con voz pero sin voto instituciones que el facilitador y la Mesa de Diálogo consideren.

**3**

**Periodicidad de las sesiones**

La fecha y periodicidad de las sesiones serán definidas por el facilitador según disponibilidad de los miembros.

**2**

**Logística**

Será coordinado por el facilitador con total apoyo de la Gerencia de Pensiones

**4**

**Participación Ciudadana**

Se habilitará un sitio electrónico para la participación.

XII)

## Principios orientadores en variables no paramétricas

*Están orientados a la gestión propia de quienes administran el Seguro de IVM*

1. Fortalecimiento del modelo de gobernanza de Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte.
5. Fortalecimiento de las acciones para la aplicación del artículo 78 de la Ley de Protección al Trabajador.
2. Propuestas para mejorar la gestión de las inversiones de las Reservas.
6. Mejoramiento del proceso de gestión de cobro, de tal manera que se reduzca la morosidad y la evasión.
3. Propuestas para mejorar la gestión en el otorgamiento de beneficios. (Invalidez y Supervivencia)
7. Fortalecer el principio de transparencia con la elaboración de Valuaciones Actuariales externas, así como rendición de cuentas previamente definidos.
4. Fortalecer el proceso de universalización en la cobertura contributiva del Seguro de IVM, de tal manera que la estrategia este orientada a abanzar la cobertura de al menos el 75% en los próximos 20 años.
8. Fortalecimiento de la educación previsional en el contexto del Sistema Nacional de Pensiones.

XIII)

**Principios orientadores en variables paramétricas**

---

**1. Fortalecer el Principio de Equidad (Salario de Referencia):**



Tomar en cuenta para el cálculo de la pensión, la relación entre el esfuerzo contributivo y el beneficio. Esto implica considerar ampliar el número de años a considerar para el cálculo del salario regulador en la fórmula de cálculo, actualmente en 20 años.

---

XIV)

**Principios orientadores en variables paramétricas**

---

**2. Fortalecer la integralidad en la protección previsional (Tasa de Reemplazo):**



Considerar el esquema multipilar o sea concebir la protección como la que brinda el régimen de base, más la que proporciona el régimen obligatorio de pensiones complementarias. Se deberán revisar además las políticas para el establecimiento de la pensión máxima y mínima.

---

XV)

**Principios orientadores en variables paramétricas**

---

**3. Edad de Retiro:**



Para este periodo de equilibrio, mantener en la medida de lo posible una edad máxima de retiro de 65 años. Se debe revisar las cuotas requeridas y las condiciones de la pensión anticipada y proporcional, así como la edad de retiro del hombre y la mujer.

---

XVI)

**Principios orientadores en variables paramétricas**

---

**4. Cotizaciones:**



Se deberán revisar los escalones tripartitos planteados quinquenalmente, en relación a los propuestos en el estudio de la Universidad de Costa Rica.

---

XVII)

**Principios orientadores en variables paramétricas**

---

**5. Participación Estatal:**



Revisar la participación del Estado en el financiamiento de los distintos regímenes de pensiones, en especial el tema del encadenamiento del aporte de otros sistemas al aporte de la CCSS. Además de la cotización del trabajador independiente, y en el financiamiento de las personas que no están teniendo una pensión del régimen contributivo y no contributivo, considerando alguna posibilidad de complemento entre ambos regímenes.

XVIII)

**Principios orientadores en variables paramétricas**

---

**6. Costo de la atención médica:**



Revisar la participación de los pensionados futuros en el financiamiento de la atención médica.

---

El licenciado Barrantes Espinoza manifiesta que una de las recomendaciones del Dr. Jorge Vargas C. es que la discusión se lleve a cabo en rondas, dado que el tema se observa un poco complejo para que en tres meses se logre abordar la totalidad de los asunto. En ese sentido, plantea la posibilidad de definir, claramente, lo que se va a tratar en una ronda, lo cual se puede analizar en una segunda ronda, para que los temas estén bien delimitados. Una posibilidad es plantear en el documento, repite, que el análisis se enfoque en dos rondas, en una primera ronda se analizaría un enfoque de ingresos.

Interviene el Director Gutiérrez Jiménez y consulta si el asunto fue conversado con don Roberto Artavia.

Responde el licenciado Jaime Barrantes que en primera instancia, se conversó con don Jorge Vargas para, precisamente, darle al documento todos los elementos necesarios.

Añade la señora Presidenta Ejecutiva que esta información, se le va a trasladar a don Roberto Artavia, pero que primero el tema se tenía que presentar a consideración de la Junta Directiva.

Continúa el Gerente de Pensiones con la presentación y anota que una de las propuestas de don Jorge Vargas es que se den rondas, por lo que se está proponiendo un marco general, en una primera ronda con un enfoque de ingresos donde habrían ajustes, no paramétricos de variables demográficas; por ejemplo, el artículo 78° de la Ley de Protección al Trabajador (LPT), con el tema de la cobertura del Seguro de Pensiones y la rentabilidad de las inversiones. En cuanto a los ajustes paramétricos se estaría tratando el asunto de la prima de la cotización de enganche con otros sistemas, así como la cotización de futuros pensionados al Seguro de Salud para la atención médica. Esa discusión sería la que se generará en los tres primeros meses. La segunda ronda que se estaría planteando, tiene un enfoque en los costos del sistema. El cual se relaciona con los gastos de los Regímenes, los gastos de operación, las pensiones por invalidez, la sobrevivencia, en cuanto a ajustes paramétricos: tasa de reemplazo, años de cotización, edades de retiro y avances de modelos alternativos implementados en otros países, los cuales incluyan ajustes automáticos en los sistemas de capitalización colectiva y de reparto. La segunda ronda quedaría a discusión para los meses comprendidos de agosto y octubre del año 2018. Repite, el enfoque de ingresos se analizaría entre los meses de abril y junio del año 2017. En cuanto a la metodología se debe dar alguna introducción técnica de los sistemas previsionales, para la cual se podría solicitar la colaboración la Organización Internacional de Trabajo (OIT), los resultados del estudio elaborado por la Universidad de Costa Rica y el informe de resultados de la primera ronda que aplica, para la segunda ronda nada más. La composición de la mesa de diálogo estaría, prácticamente, establecida de acuerdo con la que hoy se juramentó, la estructura de la votación está lista de igual manera. En cuanto a las funciones del facilitador de la mesa de diálogo, hay otra recomendación que dio don Jorge Vargas C. y es definir el papel que desempeña el Facilitador. Por consiguiente, se tienen todas las funciones, entre las más importantes se detallan: la Secretaría Técnica en este caso, conformada por la Gerencia de Pensiones y la Superintendencia de Pensiones (SUPEN), para que estén en total disposición de cumplir con lo que el facilitador solicite, siendo la voz de la mesa de diálogo. Se tiene además una segunda sesión con don Adolfo Jiménez Fernández de la Organización Iberoamericana de Seguridad Social (OISS), quien participó en una sesión con los Miembros de la Junta Directiva y con algunos sectores. Esa segunda parte se tendría con el fin de colaborar directamente con la mesa de diálogo. Otros aspectos importantes por considerar, las entidades observadoras se

incorporarán con voz pero sin voto, además, se habilitará un sitio web para la participación ciudadana. En relación con los principios orientadores en variables no paramétricas, los cuales se relacionan con el manejo de las inversiones, el tema de gestión de beneficio, el asunto de invalidez, la cobertura, el artículo 78° de la Ley de Protección del Trabajador (LPT), el tema de cobro, las evaluaciones actuariales externas más periódicas y el fortalecimiento de la educación previsional. En cuanto a las variables paramétricas, fortalecer el principio de equidad, tomando en cuenta el número de años para la pensión, la cual se debe revisar con el fin de que el esfuerzo contributivo, esté en relación con el monto de la pensión que se otorga; así como la tasa de reemplazo que se debe observar de forma integral, no solo del IVM sino lo que da el segundo pilar. La edad de retiro que para ese período de equilibrio de tres décadas, se solicita que en la medida de lo posible se mantenga la edad máxima de 65 años, pero que se revisen las condiciones de la pensión anticipada y proporcional, así como la edad del hombre y la mujer; en relación con las cotizaciones. Además, hay que revisar los escalones bipartitos planteados, quinquenalmente, con respecto del estudio de la Universidad de Costa Rica y la participación Estatal. En este caso el financiamiento de los distintos Regímenes de Pensiones, en especial el tema del encadenamiento del aporte de otros sistemas y al aporte de la Caja. Además, de la cotización del trabajador independiente y el financiamiento de las personas que no están teniendo una pensión del Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte (RIVM) y del Régimen no Contributivo (RNC) y considerando alguna posibilidad de complemento. En cuanto al costo de la atención médica, revisar la participación de los pensionados futuros en el financiamiento de la atención. Se refiere al documento que se les entregará a los miembros de la mesa de diálogo, con el fin de que hagan una valoración del mismo o bien que realicen, una contrapropuesta la cual sería analizada por la Junta Directiva.

Por su parte, al Director Alvarado Rivera le parece que este marco está bien como tal; sin embargo, que no sea una limitación del proceso, ya que no se les puede imponer acciones, todo lo contrario, es decir, que sea solamente una guía para que puedan iniciar el proceso y aportar más ideas. Insiste en que si se limita mucho el tema, se estaría refiriendo a un asunto muy en específico, por lo que no van a haber oportunidades y posibilidades. Por consiguiente, se debería dar mayor apertura a las propuestas de la mesa de diálogo y, después, se observará el alcance de ellas y las delimitaciones, cuando se presenten ante la Junta Directiva.

La señora Presidenta Ejecutiva agrega que es obligación dar un marco de referencia para que los miembros de la mesa de diálogo, no se queden con ese vacío. Sin embargo, conforme vayan reuniendo, van a ir encontrando nuevas ideas.

Manifiesta el Director Devandas Brenes su preocupación por la situación de incertidumbre que pueda generar, el tema de los plazos, porque originalmente se había indicado tres meses y, en este momento, se está extendiendo a dos años. En ese sentido, le parece que se va generar una idea de que se está postergando la resolución del asunto.

Sobre el particular, sugiere la doctora Sáenz Madrigal que, entonces, se realicen dos rondas sin plazos, con esas lógicas.

**Se toma nota** de la presentación.

Los licenciados Barrantes Espinoza y Alpizar Benavides se retiran del salón de sesiones.

Ingresan al salón de sesiones la señora Gerente de Logística, ingeniera Dinorah Garro Herrera; el licenciado Manrique Cascante Naranjo, Director de la Dirección de Administración de Bienes y Servicios; la licenciada Karina Aguilera Marín, los licenciados Minor Jiménez Esquivel y Melvin Hernández Rojas, funcionarios de la Gerencia de Logística; el doctor Albin Chaves Matamoros, Director, y la doctora Angélica Vargas Camacho, Farmacéutica de la Dirección de Farmacoepidemiología.

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

### **ARTICULO 31°**

**Se toma nota** de que se ha distribuido, para estudio y conocimiento en la sesión del 20 de abril en curso, el oficio N° GL-45.108-2017, de fecha 24 de marzo del año 2017, que firma la Gerente de Logística y por medio de que se atiende lo resuelto en el artículo 17° de la sesión N° 8854 y se presenta el informe en relación con los concursos de medicamentos en que se prorroga la contratación por períodos adicionales.

### **ARTICULO 32°**

Se tiene a la vista el oficio N° GL-45.069-2017, del 17 de marzo del año 2017, firmado por la señora Gerente de Logística, que contiene la propuesta de compra de medicamentos N° 2016ME-000122-05101, a través de Compr@red, a favor de la oferta única Inversiones ORIDAMA, oferta en plaza: ítem único: 33.500 frascos, cantidad referencial, de Lidocaína al 10% (100mg/ml), solución tópica en aerosol, frasco con 50 a 115 ml; por un precio unitario de \$45,00 cada frasco, para un total estimado por adjudicar de \$1.507.500,00.

La presentación, con base en las siguientes láminas, está a cargo de:

Licenciado Jiménez Esquivel:

- 1) GERENCIA DE LOGÍSTICA  
06 DE ABRIL DEL 2017.
  
- 2) Compra de Medicamentos No.  
  
2016ME-000122-05101.  
Lidocaína al 10% (100 mg. /ml.)  
Solución tópica en aerosol.  
Frasco con 50 ml. a 115 ml.  
Código: 1-10-19-7140.  
GL-45069-2017.

Doctora Vargas Camacho:

3)

### INDICACIONES

Medicamento de síntesis química clasificado como anestésico tópico

Uso en mucosas para la prevención del dolor durante procedimientos odontológicos, introducción de instrumentos en el tracto respiratorio y gastroduodenal, así como en obstetricia.

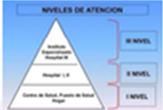
La dosis depende de la extensión del sitio que se desea anestésiar

Fuente: Sivesterman S. «Martindale; the complete drug reference» Pharmaceutical Press, ed 36; London, UK 2009

4)

- Medicamento que se puede utilizar en todos los niveles de atención, desde 1A hasta 3A.
- Uso intrahospitalario.

### Lineamientos de uso



**19-7140 | Lidocaína 10% (100 mg/mL). Solución Tópica en aerosol.**

Actualizado al: 28-09-2016 | ☑ Almacenable

📄 Info: Frasco con 50 mL a 115 mL

👤 Grupo: Anestésicos locales

👤 Usuario: 1A | 🏷 Clave: HE

⚠ Restricción: Uso exclusivo Anestesiología, Cirugía, Otorrinolaringología, Foniatría, Gastroenterología, Neumología, Unidad de Cuidados Intensivos, Odontología, Medicina Paliativa y Clínicas del Dolor debidamente acreditadas

### Ampliación de uso:

Medicina del Dolor y Paliativa nov 2016.

5)

## ESPECIALIDADES 2006-2015

ESPECIALIDAD	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	TOTAL
ANESTESIOLOGÍA Y RECUPERACIÓN	6	17	39	12	10	18	19	19	14	20	174
GASTROENTEROLOGÍA	1	1	1	2	3	3	3	5	6	7	32
CIRUGÍA GENERAL	6	4	11	10	9	3	11	12	12	6	84
CIRUGÍA PEDIÁTRICA	2	0	0	4	0	2	4	3	3	2	20
CIRUGÍA PLÁSTICA Y RECONSTRUCTIVA		1	1	2	1	1	3	1	2		12
CIRUGÍA TORÁCICA GENERAL		0	0	1	0	1	1	1		1	5
CIRUGÍA TÓRAX Y CARDIOVASCULAR		1	1	0	2	0	1	2		1	8
MEDICINA PALIATIVA								3	5	3	11
GASTROENTEROLOGÍA	1	1	1	2	3	3	3	5	6	7	32
OTORRINOLARINGOLOGÍA	3	2	4	2	3	2	4	5	6	4	35
ANESTESIOLOGÍA PEDIÁTRICA	2	1	1	3	2	1	4		3	3	20
NEUMOLOGÍA	1	1	0	2	1	3	2			1	11
<b>TOTAL</b>	<b>22</b>	<b>28</b>	<b>38</b>	<b>40</b>	<b>34</b>	<b>37</b>	<b>66</b>	<b>68</b>	<b>67</b>	<b>66</b>	<b>424</b>

Fuente: Base de Datos de CENDEISS

6)

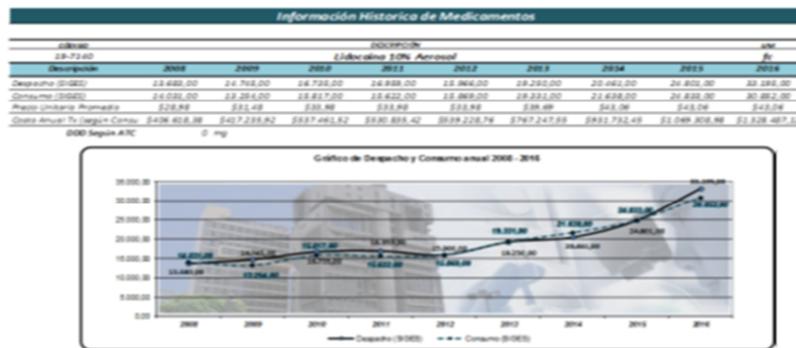
### CANTIDAD DE PROCEDIMIENTOS ENDOSCÓPICOS

Procedimientos realizados, por tipo de procedimiento, según año, CCSS, 2014-2016				
Procedimiento	Total	Año		
		2014	2015	2016
Broncoscopia	4 815	1 667	1 692	1 456
Endoscopia	25 986	7 354	9 289	9 343
Gastroscopia	139 556	43 690	45 546	50 320

*Fuente: CCSS, Área de Estadística en 0*

7)

### Consumo y Despacho Histórico



Licenciado Jiménez Esquivel:

8)

### Antecedentes:

- Proveedor precalificado - Ley de 6914.
- Cuenta con registro Sanitario del Ministerio de Salud.
- Producto aprobado por el Laboratorio de Normas y control de Calidad de Medicamentos de la Caja.
- Trámite realizado a través de la plataforma electrónica de compras Compr@red.

9)

- Cantidad : 33.500 Frascos.
  - Fecha de invitación: 14 de setiembre del 2016 vía Compr@red.
  - Apertura : 21 de setiembre del 2016.
  - Modalidad de la compra: **Prorrogable, entregas según demanda:** Compra para un periodo de un año, con posibilidad facultativa de prórroga, una vez que se acrediten en el expediente los estudios que comprueben la razonabilidad de precios y condiciones de mercado que benefician los intereses institucionales, hasta por tres (03) periodos más de un año, para un total de cuatro (04) periodos de un año cada uno.
- Situación actual del producto **según SIGES:** (al 05-04-2017)

DESCRIPCION	CANTIDAD	COBERTURA
Inventario actual en el Almacén General.	8.928,00 FC.	3,35 meses.
<b>TOTALES</b>	<b>8.928,00 FC.</b>	<b>3,35 meses.</b>
Consumo Promedio según petición.	2.444,00 Frascos/mes.	

10)

Oferentes Participantes inscritas en el Registro Precalificado Ley 6914:

Oferente	Representante	Precio Unitario (cada FC)	Precio Tota por 33.500 FC.	Observaciones
Inversiones Oridama S.A.	Oferta en plaza.	\$ 45,00.	\$ 1.507.500,00	REGISTRO PRECALIFICADO. Ley 6914.

<b>Criterio Legal</b>	Mediante oficio No. DJ-0210-2017, de fecha 12 de enero del 2017, la Dirección Jurídica otorga el visto bueno para que la Comisión Especial de Licitaciones recomiende a la Junta Directiva el dictado del acto de adjudicación.
-----------------------	---

11)



Licenciado Hernández Rojas:

12)

**Razonabilidad del Precio:**

Se sigue la Metodología de Razonabilidad del Precio en la compra de implementos médicos y medicamentos aprobada por la Junta Directiva en sesión No. 8617, artículo 23° del 20 de diciembre del 2012, para verificar el cumplimiento de todos sus requisitos:

**1. Análisis de los Precios del Concurso:**

El estudio de razonabilidad de precio se circunscribe a la oferta de Inversiones Oridama S.A., por cuanto es la única oferta presentada en el concurso.

**2. Análisis del comportamiento del precio histórico:** se desarrolla solamente el escenario de análisis de precio en colones puesto que todas las compras efectuadas de este medicamento, las cuales datan desde el año 2005 y hasta la fecha, han sido a oferentes nacionales y cuya producción es nacional.

13)

**Análisis del precio histórico en colones.**

Fecha de Apertura Compra	Oferente	Concurso	País origen	Cantidades	%	Precio Unitario \$	%	Precio Unitario colones	%	Precio Unitario colones (deflactado) (2)	%
13/05/2005	Inversiones Oridama S.A.	ME-2005-160	Costa Rica	11.500		14,98		7.089,73		13.879,67	
21/03/2006	Inversiones Oridama S.A.	ME-2005-091	Costa Rica	12.500	9%	19,90	32,8%	10.053,08	41,8%	17.856,27	28,7%
21/12/2006	Inversiones Oridama S.A.	2006ME-000402	Costa Rica	12.000	-4%	25,00	25,6%	12.975,00	29,1%	21.005,99	17,8%
22/02/2008	Inversiones Oridama S.A.	2008ME-000046	Costa Rica	12.000	0%	28,98	15,9%	14.465,08	11,5%	19.253,40	-8,5%
25/11/2009	Inversiones Oridama S.A.	2009ME-000261-1142	Costa Rica	29.000	142%	33,98	17,3%	19.269,72	33,2%	22.315,83	15,9%
14/03/2013	Inversiones Oridama S.A.	2013ME-000036-5101	Costa Rica	19.000	-34%	39,69	16,8%	20.003,36	4%	19.538,35	-12,4%
09/05/2014	Inversiones Oridama S.A.	2014ME-000065-5101	Costa Rica	21.700	12%	43,06	8,5%	23.541,33	17,7%	21.807,63	11,6%
21/09/2016	Concurso Actual (Inversiones Oridama S.A.)	2016ME-000122-09101	Costa Rica	32.800	54%	45,00	4,5%	28.099,65	7%	23.368,90	7,1%
<b>Mediana del Precio</b>		<b>€19.538,35</b>									

(2) Se deflacta utilizando el IPI-AMN del Banco Central de Costa Rica.  
Fuente: BCCR y Pilego Carfetero.

El precio se incrementa en 7,1% en términos reales, con respecto al último precio de compra.

14)

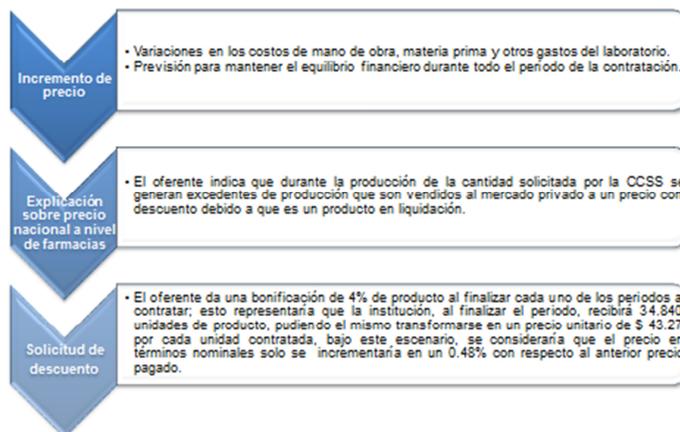
**3. Consulta de Precios de Referencia:**

Según las especificaciones técnicas descritas en la ficha del producto: **Lidocaina al 10%**, se consultó por referencias de precio en procesos de compra realizados en otros países por instituciones en el campo de la salud, que fueran conformes con los requerimientos y características de la presente compra, así como también se consultó a nivel nacional.

Fuente	Resultado de la búsqueda
<b>Panamá Compra:</b>	No se ubicaron precios de referencia.
<b>Guatecompras:</b>	No se registran compras del producto en la misma potencia.
<b>Instituto Mexicano de Seguridad Social</b>	No se registran compras del producto en la misma potencia.
<b>Guía Internacional de Indicadores de Precios de Medicamentos</b>	No se registran compras del producto en presentación solicitada.
<b>CENABAST Chile precios vigentes para el mes de setiembre de 2016</b>	Se identificó un precio de referencia de \$12.18 cada frasco, sin embargo, presenta características técnicas diferentes al medicamento que se pretende adquirir.
<b>Farmacias en Costa Rica a nivel privado</b>	Precios en un rango de \$24.700.00 a \$34.075.

15)

**4. Consulta al oferente:**



16) Por todo lo anteriormente indicado, el Área Gestión de Medicamentos determina que el precio cotizado para el presente concurso es razonable, situación que es avalada técnicamente por el Área de Contabilidad de Costos mediante oficio No. ACC-1672-2016 de fecha 30 de noviembre del 2016.

Licenciado Jiménez Esquivel:

17)

**PROPUESTA DE ACUERDO**

*Por consiguiente, con los elementos que se tienen como acreditados en el expediente electrónico visible en el sitio Compr@red, del procedimiento No. 2016ME-000122-05101, y dado el cumplimiento administrativo, técnico y legal, así como la determinación de la razonabilidad del precio por parte del Área Gestión de Medicamentos, avalado por el Área de Contabilidad de Costos y recomendado por la Comisión Especial de Licitaciones, lo que concuerda con los términos del oficio N° GL-45.069-2017 de fecha 17 de marzo del 2017, y con base en la recomendación de la Ing. Dinorah Garro Herrera, la Junta Directiva ACUERDA.*

*ACUERDO PRIMERO: adjudicar a favor de la empresa Inversiones Oridama S.A., oferta única, en plaza, el renglón único de la compra de medicamentos tramitada mediante la plataforma de compras electrónicas Compr@red No. 2016ME-000122-05101, promovida para la adquisición de Lidocaina al 10%, según el siguiente detalle:*

ITEM	DESCRIPCIÓN	Cantidad referencial	Precio Unitario	Precio Total Estimado
UNICO	Lidocaina al 10% (100 mg/ml). Solución tópica en aerosol. Frasco con 50 a 115 ml	33.500 Frascos.	\$ 45,00 Cada Frasco.	\$ 1.507.500,00
<b>MONTO TOTAL ESTIMADO A ADJUDICAR</b>			<b>\$ 1.507.500,00</b>	

*Modalidad de la compra: Prorrogable, entregas según demanda: Compra para un periodo de un año, con posibilidad facultativa de prórroga, una vez que se acrediten en el expediente los estudios que comprueben la razonabilidad de precios y condiciones de mercado que benefician los intereses institucionales, hasta por tres (03) periodos más de un año, para un total de cuatro (04) periodos de un año cada uno.*

*Todo de conformidad con las condiciones exigidas en el respectivo cartel de la solicitud de cotización y las ofrecidas por la firma adjudicataria.*

Señala el licenciado Jiménez Esquivel que se presentarán dos casos. El primero se relaciona con la compra de medicamentos N° 2016ME-000122-05101 del producto Lidocaina al 10%, solución tópica en aerosol-frasco con 50 ml a 115 ml, código Institucional 110197140. En ese caso, la doctora Angélica Vargas sobre el particular.

La doctora Vargas Camacho señala que este es un medicamento utilizado como anestesia tópica, para algunos procedimientos que se realizan a nivel de mucosas, normalmente se utiliza en procesos odontológicos, cuando se introducen instrumentos en el tracto gastrointestinal o cuando se hacen procedimientos, a nivel de traqueo, es decir, en el tracto broncopulmonar, por ejemplo, en broncoscopías y demás. La dosis va a depender de la extensión del sitio que se desea anestésiar. Es un medicamento que se utiliza en todos los niveles de atención, es para uso intrahospitalaria, o sea, no es para uso domiciliario. Tal y como está establecido en la presentación, tiene una restricción para especialidades como anestésias, cirugías, otorrinolaringología, gastroenterología, neumología, cuidados intensivos, odontología y, actualmente, se emplea en el uso de medicina del dolor y paliativa. Lo anterior, por cuanto se tenía un requerimiento en el momento de hacer curaciones de las úlceras de los pacientes. Como parte del proceso de indagación del aumento del consumo, se le solicitó al Centro de Desarrollo Estratégico e Información en Salud y Seguridad Social (CENDEISS), que hiciera un listado de la cantidad de especialistas por año, los cuales egresan de las especialidades, a las cuales se les autoriza el producto para su prescripción. En ese sentido, se tiene que del año 2006 al año 2015, egresaron un total de 424 especialistas y por ende, hay mayor cantidad de médicos que pueden utilizar el producto y tener mayor acceso de los pacientes a este tipo de estudios especializados. Se dio a la tarea de solicitar la cantidad de procedimientos que se han realizado del año 2014 al año 2016, en los cuales se observa que hay un aumento de broncoscopías, endoscopías y gastroscopías de alrededor de 5.000 por año. Se observa el comportamiento de consumo que ha ido en tendencia al aumento, lo anterior se puede explicar por el aumento de especialidades y del acceso de la población, a este tipo de procedimientos que se realizan con el medicamento.

Interviene el Director Gutiérrez Jiménez y señala que el consumo del medicamento se está elevando del año 2015 al año 2016, en alrededor de 10.000 frascos más. El número de especialistas puede ser un indicador pero no, necesariamente, es uno a uno, porque puede ser que no todos los especialistas lo usen.

Señala la doctora Vargas Camacho que lo que se está mostrando, es el aumento de procedimientos que van a requerir el uso del medicamento, por ejemplo, las broncoscopías van a requerir una dosis de anestésico tópico, para poder introducir el aparato al igual que la endoscopia y la gastroscopia. Solamente con este tipo de procedimientos, la parte del acceso a procedimientos odontológicos y ginecológicos, porque también se utilizaría este tipo de medicamento, los cuales no se lograron contabilizar.

Comenta el licenciado Gutiérrez Jiménez que le llama la atención, cómo se elevó el consumo de 20.000 frascos a 33.000, se está haciendo referencia de alrededor de un 40% de incremento. Considerando que no se tienen tantos especialistas, para que equivalga a un 40% de especialistas que lo estén utilizando, por lo que le llama la atención el cómo se ha elevado el consumo.

Al respecto, la doctora Vargas Camacho indica que es una de las teorías que se ha explicado, en cuanto el aumento del uso de los medicamentos, el cual se puede visualizar con las estadísticas de endoscopías y otros. No obstante, en la generalidad y en las unidades de cuidados intensivos, en el momento de que se les practica un procedimiento, los pacientes necesitan el uso de este medicamento.

Aclara don Adolfo que el uso del medicamento lo entiende, pero lo que le llama la atención es el aumento en el consumo.

Interviene la señora Presidenta Ejecutiva y consulta cuáles son las opciones de control que se tiene.

Responde la doctora Vargas Camacho que es un medicamento de uso restringido, por lo que solo en el momento de prescribirlo por esas especialidades, es que lo va a despachar la farmacia y es para uso interhospitalario, es decir, el medicamento no se puede llevar al hogar.

Pregunta el Director Gutiérrez Jiménez quién garantiza que el uso de ese medicamento sea el correcto porque, eventualmente, puede haber un mal uso o que sea excesivo, o se produzca un desperdicio, entre otros aspectos. Entonces, le parece que se tiene que conocer quién o cómo, se está controlando el uso del medicamento. No se cuestiona el uso, es el hecho de que teniendo una incidencia tan elevada en el uso, habría que determinar cuáles son las opciones de control.

Manifiesta la doctora Sáenz Madrigal que las opciones de cambio del medicamento, u oportunidades de control, es el tema que le preocupa más que si hay o no opciones sustitutivas del medicamento.

Señala la doctora Vargas Camacho que, precisamente, con esa inquietud el día de ayer le dieron un espacio en el Consejo de Gerencia Médica, para explicar no solo sobre el medicamento de Lidocaína, sino también otros medicamentos para poder llevar ese control, un poco más localizado. Por consiguiente, considera importante que debe haber un control en los Hospitales que les permita tener un mayor control sobre el tema.

A propósito, interviene el doctor Albin Chaves y señala que hay un punto importante en este tema y es que hay 45 clínicas de Cuidados Paliativos, por lo que todos esos elementos suman, para que se genere un aumento en el uso del medicamento. Manifiesta su agrado por el incremento en los especialistas que se están incorporando a la Institución, ya que se ha pasado de 42.000 endoscopías a 50.000, es decir, se elevaron en 4.500 endoscopías más, lo cual incidirá en cuántos cánceres gástricos tempranos se detectaron.

Señala la señora Presidenta Ejecutiva que en esa lógica, estaría el incremento de la cobertura de Cuidados Paliativos, para la sostenibilidad de especialistas y el incremento en los procedimientos.

Interviene el licenciado Jiménez Esquivel y manifiesta que en cuanto a los antecedentes del procedimiento de compra, es con proveedor precalificado dada la Ley N° 6914. El producto está aprobado por el Laboratorio de Normas y Control de Calidad de Medicamentos de previo a iniciar el concurso, además, cuenta con registro Sanitario del Ministerio de Salud. Finalmente, el trámite se realizó a través de la plataforma electrónica de compras Compr@red. En cuanto a la cantidad por adquirir son 33.500 frascos, la fecha de invitación fue el 14 de setiembre del año 2016 vía Compr@red, la apertura de ofertas fue el 21 de setiembre del año 2016. La modalidad de la compra es prorrogable entrega según demanda, compra para un período de un año, con posibilidad facultativa de prórroga, una vez que se acrediten en el expediente los estudios que comprueben, la razonabilidad de precios y las condiciones de mercado que beneficien los intereses institucionales, hasta por tres períodos de un año adicionales para un total de cuatro

períodos de un año cada uno. En relación con la situación actual del producto según Sistema de Gestión de Suministros (SIGES), al 05 de abril de este año, se tiene un total de 8.928 frascos que cubren 3.35 meses del consumo institucional. En la licitación está participando un único oferente denominado Inversiones Oridama S.A. a un precio unitario de cuarenta y cinco dólares cada frasco, para un precio total de un millón quinientos siete mil quinientos dólares, repite, con un registro precalificado. Referente al criterio legal, fue otorgado por la Dirección Jurídica Institucional mediante oficio N° DH-0210-2017 de fecha 12 de enero del año 2017, en el cual se otorga el visto bueno, para que la Comisión Especial de Licitaciones recomiende a la Junta Directiva lo dictado del acto de la adjudicación.

El licenciado Gutiérrez Jiménez aclara que su intención es de que quede constando en actas, en términos de que se debe insistir en determinar si existen otros proveedores en el mercado, dado que se está haciendo referencia a un precio de alrededor de un millón quinientos mil dólares. Entonces, lograr descubrir otro oferente en el mercado es importante, porque cuando se tiene un oferente único, los precios se elevan, significativamente. Repite, es importante indagar en el mercado porque, eventualmente, podrían existir opciones de varios oferentes, las cuales podrían promover que existan varios proveedores y con ese aspecto, se lograrían disminuir los precios del medicamento.

En relación con lo anterior, manifiesta el licenciado Jiménez que el consumo del medicamento ha venido en aumento, paulatinamente, al igual que su precio. En ese sentido, el licenciado Melvin Hernández Rojas explicará sobre la razonabilidad de precios del producto.

Señala el licenciado Hernández Rojas que el estudio de razonabilidad de precios, se hizo siguiendo la metodología de razonabilidad de precios establecida, en la compra de implementos médicos y medicamentos, la cual está aprobada institucionalmente. El estudio de razonabilidad de precios se hace sobre una única oferta, la cual es por Inversiones Oridama S. A., este oferente es el que se encuentra actualmente precalificado. Como no se tiene más precios de referencia, si se abocan solamente a la oferta de Inversiones Oridama S. A., se va a hacer un análisis de precio histórico. En dicho histórico se ve que desde el año 2005 y hasta el año 2016, el único oferente que ha suministrado el producto es Inversiones Oridama S. A. Actualmente, el último precio adjudicado fue de alrededor de cuarenta y tres dólares, para este concurso se está dando un precio de cuarenta y cinco dólares. Lo cual representa que del año 2014 al año 2016, el precio se está incrementando un 4.5%. Cuando se convierte ese precio a colones, ese incremento es de un 7%, lo cual obedece al diferencial cambiario. Cuando se deflacta el precio utilizando el índice de precios del Banco Central de Costa Rica, el resultado es un incremento de un 7%.

A propósito, interviene don Adolfo Gutiérrez y señala que hay un dato interesante, se ha aumentado la demanda del producto, en lugar de disminuir el precio, se ha ido incrementando considerablemente. En ese sentido, esa razonabilidad de precios no tiene sentido, porque le parece que al estar consumiendo más producto, el precio debería tender a disminuir y es al contrario lo que está sucediendo, es decir el precio se incrementó significativamente.

Señala la Gerente de Logística que esos detalles se le consultaron al proveedor. Hace énfasis en que hay varios análisis que se hacen, este es el primero y faltan tres o cuatro más. Por ejemplo, para este año se proyectó una cantidad, sin embargo, la proyección de consumo se elevó porque hubo más procedimientos, entre otras causas. Por lo que se aplicó la norma de la Administración

Pública, entonces, para no quedar en cero se amplía las cantidades de compra para el nuevo año. No se refleja en el Sistema de Gestión de Suministros (SIGES), dado que es solo un análisis de precios, sin embargo, debió haberse incluido.

Sobre el particular, señala don Adolfo que más si es un proveedor nacional, en principio no le convence la razonabilidad de precios, dado ese aspecto y como se ha hecho en algunas oportunidades. La Ing. Garro debería llevar la impresión de lo que están generando esos precios, compartirlo con el proveedor e indicarle que no están satisfechos con el tema.

Sugiere la doctora Sáenz Madrigal que la Gerencia de Logística continúe planteando los componentes, para que se logre emitir un criterio más apropiado.

Continúa el Lic. Esquivel Jiménez y anota que se buscaron precios de referencia, en las páginas Panamá Compra, Guatecompra, Instituto Mexicano de Seguridad Social (IMSS) y en la Guía Internacional de Indicadores de Precios de Medicamentos, en las cuales no se registraron compras similares con el producto Lidocaína al 10%. Si bien es cierto, se identifican compras de Lidocaína al 2% o al 3%, para efectos del concurso no eran comparables con la de 10%. Se hizo una búsqueda de referencia en la Central de Abastecimiento del Sistema Nacional de Servicios de Salud (CENABAST) de Chile, en la cual se identificó el producto con un precio de referencia de doce dólares con dieciocho centavos cada frasco. No obstante, en este caso, se llevó a cabo una reunión con el oferente, por lo se logró identificar que si bien es cierto, es una Lidocaína al 10%, no es comparable con la Lidocaína que se pretende adquirir en esta compra, ya que esta es una Lidocaína presurizada, la cual tiene una bomba que aplica una dosis, mientras que lo que se establecía en Chile no incluía ese componente. Además, se dieron a la tarea de buscar en las farmacias de Costa Rica a nivel privado, donde se encontró el producto con precios desde los veinticuatro mil setecientos colones hasta los treinta y cuatro mil setenta y cinco colones. Se consultó al oferente por el incremento del precio, e indicó que la operación de los costos, en materia prima y otros gastos, tiende a incrementar el precio. Además, se les solicitó una explicación sobre el precio que se determinó a nivel de farmacias privadas.

El Director Gutiérrez Jiménez consulta respecto del costo de mano de obra, dada la inflación y los aumentos salariales que han generado, porque son muchísimo menos que el aumento que se está reflejando. En relación con la materia prima, le parece que se deber determinar cuánto se ha incrementado, así como lo relativo a los otros gastos.

Responde el licenciado Minor Jiménez que al oferente se le solicitó una explicación sobre el precio que se encontró en la farmacias privadas, por lo que explicó que si bien es cierto, se asigna una producción para la Caja, lo que está colocado a nivel de farmacias privadas, son exentas de la producción asignada para la Caja, ese medicamento no se logró colocarlo en la Caja, por la estabilidad que tenía el producto y la Institución, no iba a permitir que se maneja una estabilidad mínima.

A la Dra. Sáenz Madrigal le parece que a lo que se está haciendo referencia, le hace falta información, dado que la impresión que da, es que el medicamento que le sobra a la empresa, lo venden más barato. Por ejemplo, producen 100 frascos, le venden 80 a la Caja, obtuvieron la ganancia de los 100 y el restante lo venden más barato. Repite, es la impresión que da esa explicación.

Continúa el don Minor Barrantes y anota que siguiendo con la metodología y no muy satisfechos con la explicación del oferente, se reunieron con otro oferente para ver la posibilidad de mejorar el precio en función de lo que se estaba presentando. A raíz de las observaciones, el oferente ofreció hacer una bonificación del 4% del producto al finalizar cada período; es decir, si la cantidad es 33.500, el proveedor haría una bonificación de un 4% lo cual representa 1.300 unidades más del producto por año de entrega.

Por su parte, al Director Devandas Brenes le parece que sería importante, se presente un análisis de esa referencia técnica del producto en Chile y el que se tiene aquí, porque se indica que el medicamento de Chile es diferente, en cuanto al frasco pero que el producto es el mismo. Además, es treinta dólares menos el costo que el que se tiene aquí. Por lo que sería conveniente estudiar la posibilidad de utilizar el producto que se utiliza en Chile.

La Dra. Sáenz Madrigal considera que a la Caja como empresa pública compradora de productos, no les corresponde indicarle a la empresa privada que registren medicamentos, porque no es la responsabilidad de la Institución. Su responsabilidad es la de comprar los productos que se requiere en las mejores condiciones y en el mejor precio que le convenga al país. En este caso existen dudas, por consiguiente, estima que se debe devolver el tema para que el asunto se analice más a profundidad.

Señala don Adolfo que está de acuerdo con el criterio de la señora Presidenta Ejecutiva, sin embargo, considera que se debe promover la participación –como se ha hecho durante años– de nuevos oferentes, es decir, invitar a nuevos participantes, indicarles cuales son las necesidades de la Institución y la empresa privada, indicará si le interesa o no.

El Dr. Albin Chaves aclara que la presentación del producto que se tiene en el país, es una presentación presurizada que se puede utilizar en spray, en relación con el producto de Chile la diferencia de precios es muy importante. En ese sentido, si la Caja aplica una importación más con base en ley, la cual le permite hacer importaciones para casos excepcionales y de precios. Comenta en su concepto que cuando se trabajaba en la Asamblea Legislativa, en la Ley de Regulación de Precios fue un punto que se incorporó, en el que se estableció que la Caja estuviera facultada para importar medicamentos, en el caso de que los precios de los productos estuvieran muy elevados.

Consulta don Adolfo Gutiérrez si solo en Costa Rica se puede adquirir este producto, no hay otro país que tenga ese medicamento con las mismas características.

Responde la Ing. Garro Herrera que habría que analizar el tema del transporte, dado que podría resultar el producto a un precio más elevado, comprarlo en el exterior que en Costa Rica.

Sobre el particular, señala el licenciado Gutiérrez Jiménez que si se rigieran por esa línea, no se compraría en el exterior. Por otra parte, dado que es la a opción que se tiene a mano, hay que determinar qué negociaciones se pueden hacer, en cuanto al precio pero en el futuro hay que buscar otras opciones en el mercado.

**Se toma nota**, finalmente, de que, con base en lo deliberado, se solicita información complementaria, para la próxima sesión.

El doctor Chaves Matamoros y la doctora Vargas Camacho se retiran del salón de sesiones.

Ingresan al salón de sesiones el doctor Raúl Sánchez Alfaro, Director de la Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud, y la doctora Xiomara Badilla Vargas, Jefe de la Subárea de Vigilancia Epidemiológica.

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

### **ARTICULO 33°**

Se tiene a la vista el oficio N° GL-45147-2017, fechado 3 de abril del año 2017, firmado por la Gerente de Logística y que contiene la propuesta para aprobar la compra directa N° 2017CD-000002-5101: Vacuna influenza de virus inactivados de la gripe (Influenza). Solución o suspensión para inyección. Jeringa prellenada 0,5 ml. (unidosis) o ampolla con 0,5 ml (unidosis) o frasco ampolla con 0,5 ml (unidosis).

La exposición está a cargo del licenciado Jiménez Esquivel, con base en las siguientes láminas:

i) GERENCIA DE LOGÍSTICA  
06 DE ABRIL DEL 2017.

ii) **Forma de contratación:**

La adquisición de vacunas está regulada por lo dispuesto en la Ley 8111, Ley Nacional de Vacunación y su Reglamento. Precisamente en los artículos 19 y 20 del Reglamento a Ley, se indica lo siguiente:

Art. 19.

Corresponde a la Caja la adquisición de las vacunas de acuerdo al esquema oficial de vacunas y esquemas especiales. Lo hará de acuerdo a la normativa a través de organismos internacionales: Fondo rotatorio administrado por la Organización Panamericana de la Salud. La Caja solicitará a la OPS/Fondo Rotatorio la certificación de producto de vacunas que están inscritas como oferentes del Fondo. El Laboratorio de Normas y Calidad de Medicamentos de la Caja verificará la calidad de los lotes de vacunas que sean importados para atender las necesidades de inmunización en el país.

Art. 20

En caso de que el Fondo Rotatorio/OPS no pueda suplir las vacunas que se necesitan, o no puedan ofrecer alguna vacuna necesaria ya sea dentro del esquema oficial o dentro de los esquemas especiales, la Caja comprará las vacunas siguiendo la normativa vigente para adquisición de medicamentos.

Por otra parte, el artículo 129 del Reglamento a la Ley de Contratación Administrativa, indica lo siguiente:

*Artículo 129: Acuerdos celebrados con sujetos de Derecho Internacional Público. Los acuerdos y contratos con sujetos de Derecho Internacional Público, incluyendo otros Estados estarán excluidos de los procedimientos de contratación administrativa. Sin*

embargo, para su validez y eficacia, deberán documentarse por escrito siguiendo los trámites correspondientes y suscribirse por los funcionarios competentes.

Para celebrar la contratación en forma directa, la Administración tomará en cuenta que el precio o estimación de la contraprestación, no exceda los límites razonables según los precios que rijan operaciones similares, ya sean en el mercado nacional o internacional.

iii)

•Cantidad a comprar:	1.100.000,00 Dosis.
•Modalidad de la compra:	Ordinaria, aplicación del artículo 129, del Reglamento a la Ley de Contratación Administrativa.
•Análisis técnico:	Efectuado por la Sub. Área a Análisis y Vigilancia Epidemiológica, la cual recomendó:

Ofertas Recibidas	Cantidad	Análisis
Organización Panamericana de la Salud.	1.100.000,00 Dosis.	UNICA OFERTA

#### Razonabilidad del Precio:

Mediante análisis de razonabilidad del precio, de fecha 20 de marzo de 2017, el Área de Gestión de Medicamentos, indica, entre otras cosas, que de acuerdo con la metodología utilizada y los resultados obtenidos, la compra de 1.100.000 Dosis de Vacuna Influenza para Adulto ofrecido por la Organización Panamericana de la Salud, en concurso 2017CD-000002-5101 a un precio unitario de \$4.63896 por dosis se considera un **precio razonable** de acuerdo con lo analizado así como los parámetros establecidos.

Seguidamente, el licenciado Hernández Rojas se refiere al análisis de precios, para cuyos efectos se apoya en las láminas que se especifican:

iv)

#### Análisis del Precio en dólares.

Fecha de Apertura Compra	Oferente	Concurso	País Fabricante	Cantidades	Δ%	Precio Unitario \$	Δ%	Precio Unitario deflactado (2)	Δ%
01/03/2010	Organización Panamericana de la Salud	2010MD-000019-1142	Francia	300.000		6,60917		6,2209	
01/09/2011	Organización Panamericana de la Salud	2010CD-000222-1142	Francia	290.000	-3%	4,81905	-27%	4,4936	-27,8%
07/08/2012	Organización Panamericana de la Salud	2012CD-000125-5101	Corea del Sur	358.000	23%	3,24005	-33%	2,8031	-37,6%
26/08/2013	Organización Panamericana de la Salud	2013CD-000091-5101	Corea del Sur	433.250	21%	3,71642	15%	3,1880	13,7%
11/03/2016	Organización Panamericana de la Salud	2015CD-000229-5101	Corea del Sur	1.040.000	140%	3,77612	2%	3,1265	-1,9%
10/03/2017	Concurso Actual Organización Panamericana de la Salud)	2017CD-000002-5101	Corea del Sur	1.100.000	6%	4,63896	23%	3,7925	21,3%
Mediana del Precio		\$3,18801							

(2) Para deflactar los precios unitarios se utiliza el deflactor implícito del PIB del país del laboratorio fabricante.

Fuente: Pliego Cartelario y Fondo Monetario Internacional. World Economic Outlook Database, octubre, 2016. 2006 = 100 año base

#### Análisis del Precio en colones.

Fecha de Apertura Compra	Oferente	Concurso	Cantidades	Δ%	Precio Unitario \$	Δ%	Precio Unitario colones	Δ%	Precio Unitario colones deflactado (1)	Δ%
01/03/2010	Organización Panamericana de la Salud	2010MD-000019-1142	300.000		6,60917		3,690,09		4,201,83	
01/09/2011	Organización Panamericana de la Salud	2010CD-000222-1142	290.000	-3%	4,81905	-27,1%	2,505,28	-32,12%	2,567,41	-38,9%
07/08/2012	Organización Panamericana de la Salud	2012CD-000125-5101	358.000	23%	3,24005	-32,8%	1,639,63	-34,6%	1,626,13	-36,7%
26/08/2013	Organización Panamericana de la Salud	2013CD-000091-5101	433.250	21%	3,71642	14,7%	1,877,79	14,53%	1,830,03	12,5%
11/03/2016	Organización Panamericana de la Salud	2015CD-000229-5101	1.040.000	140%	3,77612	1,6%	2,045,52	8,93%	1,910,10	4,4%
10/03/2017	Concurso Actual Organización Panamericana de la Salud)	2017CD-000002-5101	1.100.000	6%	4,63896	22,8%	2,635,36	28,83%	2,432,48	27,3%
Mediana del Precio		₡1.910,10								

(1) Se deflacta utilizando el IPP-IMAN del Banco Central de Costa Rica.

Fuente: BCCR y Pliego Cartelario

v)

<b>Comparación de precios por Dosis según presentación de Vacunas.</b>							
Presentación de la Vacunas	Concurso Anterior 2015CD-000229-5101			Concurso Actual 2017CD-000002-5101			Variac. % precio por dosis
	Cantidad de Dosis Ofertadas	Precio por Dosis en Dólares	Monto Total	Cantidad de Dosis Ofertadas	Precio por Dosis en Dólares	Monto Total	
Vacuna influenza adulto vial monodosis	677.190	\$ 4,21779	\$2.856.245,37	1.100.000	\$ 4,63896	\$ 5.102.854,91	9,99%
Vacuna influenza adulto vial multidosis	362.810	\$ 2,95174	\$ 1.070.920,68	No se adquiere en esta presentación			
<b>Total Dosis adquiridas</b>		<b>1.040.000</b>	<b>\$ 3.927.166,05</b>		<b>1.100.000</b>	<b>\$ 5.102.854,91</b>	

**Precios referencia de Vacuna Influenza, Vrs compra a Nivel Central**

fuentes	Pais de Origen	Precio Unitario	Precio Unitario por dosis Ofertado por OPS 2017CD-000002-5101	Variación del precio de referencia con respecto a lo ofertado en presente concurso
Center for Disease Control and Prevention	Estados Unidos	\$12,68	\$4,638959	-63%
<a href="http://www.medindia.net">www.medindia.net</a>	India	\$8,45		-45%

*referencias de precio convertido a dólares para efectos comparativos.*

vi) **Consulta con el oferente.**

Dado el incremento del 10% en el costo del vial, se conversa con Ana Arrieta, Encargada de Suministros de la OPS/OMS en Costa Rica y se solicita indicar a que se debe el incremento del precio por el vial identificado.

Dicha funcionaria de acuerdo con indagaciones realizadas con el organismo, indica que el incremento de precio se da por ser una vacuna estacional, la cual requiere de nuevos estudios de investigación, lo anterior a que dichos virus evolucionan en el tiempo. Finalmente, indica que una vez recibido el nuevo listado de precios, según la nueva enmienda, facilitará el mismo con la finalidad de que se verifique que ese es el nuevo precio establecido por OPS.

**Criterio Legal:**

Mediante oficio No. DJ-01938-2017, de fecha 28 de marzo del 2017, la Dirección Jurídica considera que la oferta recomendada y potencialmente adjudicataria ha cumplido con los requisitos jurídicos para que la Comisión Especial de Licitaciones recomiende a la Junta Directiva el dictado acto de adjudicación.

El licenciado Jiménez Esquivel da lectura a la siguiente propuesta de acuerdo:

vii)

## PROPUESTA DE ACUERDO

*Por consiguiente, con los elementos que se tienen como acreditados en el expediente del procedimiento No. 2017CD-000002-5101, y dado el cumplimiento administrativo, técnico y legal, así como la determinación de la razonabilidad del precio por parte del Área Gestión de Medicamentos, y recomendado por la Comisión Especial de Licitaciones, lo que concuerda con los términos del oficio N° GL-45.147-2017 de fecha 03 de abril del 2017 y con base en la recomendación de la Ing. Dinorah Garro Herrera, la Junta Directiva ACUERDA.*

*ACUERDO PRIMERO: adjudicar a favor de la ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, el renglón único de la compra directa No. 2017CD-000002-05101, promovida para la adquisición de la Vacuna influenza de virus inactivados de la gripe para adultos, según el siguiente detalle:*

ITEM	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	PRECIO UNITARIO	PRECIO TOTAL
UNICO	Vacuna Influenza de virus inactivos de la gripe (influenza) Solución o Suspensión para inyección, jeringa prellenada 0,5 ml. (unidosis) o ampolla 0,5 ml. o Frasco ampolla de 0,5 ml. o Frasco ampolla 5 ml. (con 10 dosis) 0,5 ml. Adulto.	1.100.000 Dosis.	\$ 4,63895900909	\$ 5.102.854,91
<b>MONTO TOTAL A ADJUDICAR</b>			<b>\$ 5.102.854,91</b>	

*Todo de conformidad con las condiciones exigidas en el respectivo cartel de la solicitud de cotización y las ofrecidas por la firma adjudicataria*

En cuanto a la compra directa N° 2017CD000002-05101 para la adquisición de vacuna influenza de virus inactivados de la gripe influenza, señala el licenciado Jiménez Esquivel que se trata de una contratación, con fundamento en la Ley Nacional de Vacunación N°8111 que dispone en sus artículos 19° y 20°, que la adquisición de este tipo de vacunas se tienen que realizar por medio del Fondo Rotatorio de la Organización Panamericana de la Salud (OPS). Por otra parte, el artículo 129° del Reglamento a la Ley de Contratación Administrativa, establece la posibilidad de celebrar acuerdos con sujetos de Derecho Internacional Público, por ese aspecto esta compra se hace de manera directa. La cantidad por comprar es de 1.100.000 dosis, la modalidad de compra es ordinaria, dado la aplicación del artículo 129° del Reglamento de Ley de Contratación Administrativa. El análisis técnico es efectuado por la Subárea de Análisis y Vigilancia Epidemiológica, la cual recomendó que la OPS, por la cantidad de 1.100.000 dosis. Es una oferta única y se determinó que el precio es razonable. Para el análisis se determinó que siempre se ha adquirido por medio de la OPS, en la compra anterior se adquirieron 1.040.000 dosis y en la actual sería por 1.100.000 dosis. El precio que se daba en ese momento, según el Sistema de Registro de Medicamentos (SIGES), es de tres dólares con setenta y seis centavos, no se está indicando que el precio es cuatro dólares con sesenta y tres centavos, cuando se deflacta el precio, el resultado es un incremento de un 21% y en colones de un 27%. Sin embargo, para este caso en específico, hay un aspecto muy importante por explicar. En el concurso anterior, la OPS ofertó en unidosis 677.190 y en multidosis 362.810, lo cual da como resultado 1.040.000 dosis adquiridas. El precio promedio que en el que se adquieren las vacunas es de tres dólares con noventa y siete centavos, para el actual concurso solamente se está adquiriendo en unidosis con un precio de cuatro dólares con sesenta y tres centavos por dosis. Este precio comparado en unidosis, tiene cargados rubros tales como cargos por servicios que representan cuatro dólares con veinticinco centavos, correspondiente a flete y seguros.

Interviene el Director Gutiérrez Jiménez y manifiesta su preocupación, porque el año pasado el cargo era de tres dólares con cincuenta centavos y en este momento, el monto se elevó a cuatro dólares con veinticinco centavos. Lo anterior, dado que para hacer el análisis de precios, se tendría que sumar el aumento de la comisión más el otro rubro.

Interviene la Dra. Xiomara Badilla y señala que se hace la diferenciación, porque la vacuna está en unidosis.

Repite, el licenciado Gutiérrez Jiménez que el año pasado, la comisión de la OPS estaba en tres dólares con cincuenta centavos y pasó a cuatro dólares con veinticinco centavos.

Por su parte, el Director Devandas Brenes agradece la información que se está presentando, no obstante, le parece que no es comparable, porque se debería comparar solo la mano de obra y esta compra de unidosis tiene un costo más elevado que la anterior compra. Ese aspecto le llama la atención, además, el comportamiento de los precios de un Organismo Internacional.

Continúa el licenciado Gutiérrez Jiménez y reitera su preocupación, porque la compra está fundamentada bajo la Ley de la Compra de Vacunas y -como ha venido insistiendo-, son los mecanismos para comprar, pero no son los compradores finales. Para recapitular, el monto total por pagar es de alrededor de cinco millones ciento dos mil dólares. No obstante, ese precio vendría a engrosar la deuda que el Gobierno tiene con la Caja. En esos términos, le parece que todavía el monto del pago producto de la compra de vacunas, no ha sido incluido en el Presupuesto Nacional, es decir, el pago de las facturas que por concepto de la compra de vacunas.

Consulta la doctora Sáenz Madrigal por qué en la compra anterior, se compraron multidosis y en este momento no.

Contesta la doctora Badilla que ese aspecto es de acuerdo con el Fondo Rotatorio, el cual oferta a las empresas y de acuerdo con la disponibilidad de los laboratorios compran las vacunas, es decir, no se está ofertando en este momento multidosis.

Consulta el Director Fallas Camacho si se han verificado precios fuera de la OPS.

Contesta el Lic. Jiménez Esquivel Alvarado que se obtuvieron precios de referencia. A manera de ilustración, en el Centro de Control y Prevención de Enfermedades de Estados Unidos, se indica que esa vacuna está en doce dólares con sesenta y ocho centavos. También se encontró un precio en la página del [www.medindia.net](http://www.medindia.net), la cual oferta un precio de ocho dólares con cuarenta y cinco centavos. Se puede observar la relación del precio comparado con esas dos referencias de precios, porque disminuye un 45% y un 63%. Adicionalmente, a ese aspecto previo a esta presentación, se dieron a la tarea de investigar más precios de referencia, por lo que se obtuvo precios en Argentina y en Perú, el costo de la vacuna es de alrededor de quince dólares con cincuenta centavos y diecinueve dólares con quince centavos, respectivamente. Los cuales son países catalogados como parte del Hemisferio Sur, donde está catalogada también Costa Rica. Por consiguiente, los precios de proveedores que no son de la OPS están, significativamente, elevados. Continuando con la metodología, dado que se presentó un incremento de un 9.9%, de igual manera se le hizo la consulta a la OPS sobre el incremento, por lo que se consultó con la Sra. Ana Arrieta, Encargada de la OPS en Costa Rica y manifestó que si bien es cierto, se genera un incremento en la comisión, es porque es una vacuna estacional, la cual requiere de nuevos estudios de investigación y es lo que hace que ese incremento se genere. Finalmente, se le solicitó a la Sra. Ana Arrieta que les suministrara la lista actualizada del precio de las vacunas que aplica para el Hemisferio Sur y se tiene disponible para quien la quiera consultar.

El licenciado Jiménez Esquivel indica que el criterio legal para este concurso, fue dado por la Dirección Jurídica Institucional mediante el oficio N° DJ-1988-2017 del 28 de marzo del año 2017, dirigido a la Comisión de Licitaciones, en el que se recomienda a la Junta Directiva, para el Acta de Adjudicación correspondiente y lee la propuesta de acuerdo:

En cuanto al programa ampliado de inmunizaciones hay influenza estacional, equivalente para todo el Hemisferio Sur, señala don Adolfo que las de Corea y Francia tienen precios de mil setecientos colones y mil trescientos cincuenta colones, incluso, dos mil setecientos colones y otro precio de tres mil cuatrocientos colones; lo que se señala es que en el Fondo, Costa Rica no tiene disposición para esos precios. Le llama la atención que el Fondo no tiene para Costa Rica, pero tiene disponible las vacunas a un costo más elevado para Costa Rica. En otros términos, las sepas que están en el Hemisferio Sur que tienen para otros países, disminuyen el precio, incluso, a la mitad o menos y en ese sentido está haciendo el señalamiento.

Manifiesta la doctora Badilla que la oferta que hace la OPS es con ese precio.

Aclara el Director Gutiérrez Jiménez que la pregunta es más bien, si el producto del Hemisferio Sur aplica para Costa Rica, ya que son más bajos.

Al respecto, señala la Ing. Garro Herrera que lo que habría que preguntar es si tienen en stock, porque el hecho de que la vacuna esté en existencias, no significa que esté disponible, puede ser que esté adjudicada a otros países.

Indica el doctor Albin Chaves que desde el punto de vista técnico, las sepas que circularon fueron la H<sub>1</sub>N<sub>1</sub>, la H<sub>3</sub>N<sub>2</sub> y la B.

Interviene la doctora Sáenz Madrigal y manifiesta que la pregunta concisa, es que hay varios tipos de vacuna para el Hemisferio Sur, las cuales tienen la misma composición. Por consiguiente, por qué a Costa Rica no se le ofertó la vacuna de menor precio y el segundo aspecto, se relaciona con que este tema habría que ubicarlo con más de fuerza y consultar si tienen vacunas multidosis y que indiquen por escrito, es decir, que no tienen oferta de vacunas multidosis.

Consulta el Director Fallas Camacho para cuándo se necesitan las vacunas.

Responde la Dra. Badilla que esas vacunas serían para la campaña que se realizará en el próximo mes de mayo, lo más complicado es que lleguen las vacunas un mes antes, por lo que se atrasaría la campaña de influenza para ese mes; dado que si no se entrega la documentación antes de Semana Santa, no hacen labor de pedido a la fábrica.

Al Dr. Devandas Brenes le parece que esos aspectos se deben informar con antelación, porque si se atrasan 15 días o un mes con la aplicación, eventualmente, se podrían tener consecuencias nacionales complicadas.

Sobre el particular, señala la Dra. Badilla que como es un tema de precio, los técnicos podrían revisar el asunto analizarlo para próximas compras.

La Gerente de Logística indica que esta vacunación tiene un tiempo establecido, no es como otras vacunas que se pueden aplicar durante el año. Se tiene el tiempo justo en las fechas de vacunación para prever enfermedades. Se entiende bien el aspecto económico pero se debe tener cautela, porque si no ingresa la orden de compra en su tiempo, significa atrasar toda la campaña.

A don Adolfo Gutiérrez le parece muy válido el comentario de doña Dinorah, no obstante, le preocupa que existiendo situaciones de posible mortalidad, se presente un tema que se debe aprobar, porque de lo contrario se estaría comprometiendo la salud de las personas. El comentario de don Mario toma relevancia, porque sea la OPS no significa que el proceso sea perfecto. Entonces, ante esta circunstancia manifiesta su preocupación, relacionada con estos temas, porque no puede ser posible que no se les conteste las consultas, cuando a la OPS se le hacen compras de alrededor de cinco millones de dólares en el producto.

A la señora Presidenta Ejecutiva le parece que el tema se tiene que tratar con orden. El esquema nacional de vacunas tiene incluida esta vacunación, es distinta a cualquiera de las otras vacunas, porque hay que aplicarla como lo indicó la Dra. Badilla, es decir, en un tiempo específico para que se le pueda dar la protección a la población cuando ingresan los virus. El país forma parte del Fondo Rotatorio y esta no es la primera vez que se hace esta compra, de aquí la gran preocupación que se tiene, ya que pareciera que otros países, tienen acceso a vacunas con la misma composición de la que se adquiere en Costa Rica, pero el precio que se le oferta a Costa Rica es mayor que la que tienen en otros países y es una información emitida por la OPS. Por consiguiente, se debería aprobar la vacuna y dejarla acondicionada a la consulta que se debe hacer, al igual que se hizo la vez anterior, se envió una nota a la Directora de la OPS, mostrando preocupación por estas circunstancias. Por lo tanto, no tiene ningún inconveniente de volver a enviar una carta, indicando la preocupación y que expliquen cuales son las razones de que en el caso de Costa Rica, no están ofertando ni las multidosis, ni las vacunas de más bajo costo. La carta de la vez anterior, fue en términos de manifestar preocupación por el tiempo de las entregas.

Ante una inquietud, el Subgerente Jurídico indica que si la licitación se adjudica, es a cómo está planteada la oferta, es decir, no hay condiciones las cuales después se puedan revertir, porque no satisfizo la respuesta de la OPS.

El Director Devandas Brenes manifiesta su preocupación y hace una observación de carácter de salud pública, si se aprueba hoy la licitación y se deja condicionada, la Gerente de Logística no podría emitir la orden de compra y la vacuna no llegaría en el plazo que se necesita que ingrese al país. A pesar de todo lo señalado, considera viable acoger el tema de la vacuna, porque no se tiene otra opción y que la señora Presidenta Ejecutiva envíe la carta que ha anunciado, la cual también debe incluir la preocupación de esta Junta Directiva sobre el tiempo con el que se atienden las solicitudes. Lo anterior, por cuanto si esta discusión se estuviera teniendo un mes atrás, el margen de negociación se modifica pero en estas condiciones, al Órgano Colegiado se le pone en una situación muy difícil.

Sometida a votación la propuesta, cuya resolución en adelante se consigna, es acogida por todos los señores Directores, salvo por el Director Barrantes Muñoz.

**Por lo tanto**, se tiene a la vista el oficio N° GL-45147-2017, de fecha 3 de abril del año en curso, firmado por la Gerente de Logística, que en adelante se transcribe, en lo pertinente y contiene la propuesta de adjudicación de la compra directa N° 2017CD-000002-5101:

- 1. Objeto:** “Vacuna Influenza de virus inactivados de la gripe (Influenza). Solución o suspensión para inyección. Jeringa prellenada con 0,5 mL (unidosis) o ampolla con 0,5 mL (unidosis) o frasco ampolla con 0,5 mL (unidosis). Uso en adultos o Vacuna Influenza de virus inactivados de la gripe (Influenza). Solución ó suspensión para inyección. Frasco ampolla con 5 mL (Multidosis con 10 dosis). Uso en adultos. Código: 1-10-44-4795.
- 2. Cantidad:** 1.100.000 Dosis.

El Área de adquisiciones de Bienes y Servicios, traslada el presente expediente para que el mismo sea avalado por la Comisión Especial de Licitaciones, para su respectiva adjudicación por parte de la Junta Directiva.

Así las cosas, la Comisión Especial de Licitaciones, en sesión No. 07-2017 del 03 de abril del 2017, analiza lo siguiente:

#### **1. Antecedentes:**

- **Forma de contratación:**

La adquisición de vacunas está regulada por lo dispuesto en la Ley 8111, Ley Nacional de Vacunación y su Reglamento. Precisamente en los artículos 19 y 20 del Reglamento a Ley, se indica lo siguiente:

**Art. 19.**

Corresponde a la Caja la adquisición de las vacunas de acuerdo al esquema oficial de vacunas y esquemas especiales. Lo hará de acuerdo a la normativa a través de organismos internaciones: Fondo rotatorio administrado por la Organización Panamericana de la Salud. La Caja solicitará a la OPS/Fondo Rotatorio la certificación de producto de vacunas que están inscritas como oferentes del Fondo. El Laboratorio de Normas y Calidad de Medicamentos de la Caja verificará la calidad de los lotes de vacunas que sean importados para atender las necesidades de inmunización en el país.

**Art. 20**

En caso de que el Fondo Rotatorio/OPS no pueda suplir las vacunas que se necesitan, o no puedan ofrecer alguna vacuna necesaria ya sea dentro del esquema oficial o dentro de los esquemas especiales, la Caja comprará las vacunas siguiendo la normativa vigente para adquisición de medicamentos.

Por otra parte, el artículo 129, del Reglamento a la Ley de Contratación Administrativa, indica lo siguiente:

*“Artículo 129:*

*Los acuerdos y contratos con sujetos de Derecho Internacional Público, incluyendo otros Estados estarán excluidos de los procedimientos de contratación administrativa. Sin embargo, para su validez y eficacia, deberán documentarse por escrito siguiendo los trámites correspondientes y suscribirse por los funcionarios competentes.*

*Para celebrar la contratación en forma directa, la Administración tomará en cuenta que el precio o estimación de la contraprestación, no exceda los límites razonables según los precios que rijan operaciones similares, ya sea en el mercado nacional o internacional.”*

- **Modalidad de la compra:** Ordinaria, aplicación del artículo 129, del Reglamento a la Ley de Contratación Administrativa.

## 2. Participantes:

Oferta	Oferente	Monto Total
UNICA	Organización Panamericana de la Salud.	\$ 5.102.854,91

## 3. Análisis Administrativo:

Efectuado el 13 de marzo del 2017 por la Sub Área de Análisis del Área de Adquisiciones de Bienes y Servicios, determinando que la única oferta cumple con todos los aspectos administrativos solicitados en el cartel.

## 4. Criterio Técnico:

Mediante acta de recomendación de fecha 13 de marzo del 2017, visible en el folios del 050 al 053, suscrito por la Sub. Área de Análisis y Vigilancia Epidemiológica, se recomienda técnicamente la compra de la vacuna Influenza Virus Inactivados 0,5 ml. Adulto.

## 5. Razonabilidad del Precio:

Mediante análisis de razonabilidad del precio, de fecha 20 de marzo de 2017, el Área de Gestión de Medicamentos, indica, entre otras cosas, que de acuerdo con la metodología utilizada y los resultados obtenidos, la compra de 1.100.000 Dosis de Vacuna Influenza para Adulto ofrecido por la Organización Panamericana de la Salud, en concurso 2017CD-000002-5101 a un precio unitario de \$4.63896 por dosis se considera un **precio razonable** de acuerdo con lo analizado así como los parámetros establecidos.

## 6. Criterio Legal:

Mediante oficio No. DJ-01938-2017, de fecha 28 de marzo del 2017, la Dirección Jurídica considera que la oferta recomendada y potencialmente adjudicataria ha cumplido con los requisitos jurídicos para que la Comisión Especial de Licitaciones recomiende a la Junta Directiva el dictado acto de adjudicación.

## 7. Recomendación para Junta Directiva:

De acuerdo con los elementos que se tienen como acreditados en el expediente de compra No. 2017CD-000002-5101, y dado el cumplimiento administrativo, técnico y legal, así como la determinación de la razonabilidad del precio por parte del Área Gestión de Medicamentos, la Comisión Especial de Licitaciones avala el presente caso con la finalidad de elevarlo a la Junta Directiva para su respectiva adjudicación, según el siguiente detalle:

### • OFERTA UNICA: ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD.

ITEM	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	PRECIO UNITARIO	PRECIO TOTAL
UNICO	Vacuna Influenza de virus inactivos de la gripe (influenza) Solución o Suspensión para inyección, jeringa prellenada 0,5 ml. (unidosis) o ampolla 0,5 ml. o Frasco ampolla de 0,5 ml. o Frasco ampolla 5 ml. (con 10 dosis) 0,5 ml. Adulto.	1.100.000 Dosis.	\$4,63895900909	\$5.102.854,91
<b>MONTO TOTAL A ADJUDICAR</b>			<b>\$5.102.854,91</b>	

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

8. **Presupuesto:** Partida presupuestaria No. 2203 se han separado y se encuentran disponibles los recursos, para hacer frente al compromiso que genera este concurso. Oficio No. DABS-C-PRE-122-2017”.

**Por lo tanto**, en consideración de que se trata de un asunto de interés público y de protección de la salud de la población del país, de acuerdo con los elementos que se tienen como acreditados en el expediente de compra número 2017CD-000002-5101, que seguidamente se detalla y dado el cumplimiento administrativo, técnico y legal, la determinación de la razonabilidad del precio por parte del Área Gestión de Medicamentos, emitida con fecha 20 de marzo del año 2017, visible en los folios que van del 54 al 59 del expediente, y que firman los licenciados Pablo Cordero Méndez, Jefe, y Melvin Hernández Rojas, Analista; la recomendación de la Comisión Especial de Licitaciones avala el presente caso con la finalidad de elevarlo a la Junta Directiva para su respectiva adjudicación, en la sesión número 07-2017 del 3 de abril del año 2017; el criterio técnico que consta en el acta de recomendación de fecha 13 de marzo del año 2017, visible en los folios que van del 050 al 053, emitido por la Subárea de Análisis y Vigilancia Epidemiológica, en que se recomienda técnicamente la compra de la Vacuna Influenza Virus Inactivados 0,5 ml., adulto, así como criterio de la Dirección Jurídica contenido en el oficio número DJ-01938-2017, de fecha 28 de marzo del año 2017, la Junta Directiva –por mayoría- **ACUERDA** adjudicar compra número 2017CD-000002-5101, promovida para la adquisición de Vacuna Influenza de virus inactivos de la gripe (influenza) solución o suspensión para inyección, jeringa prellenada 0,5 ml. (unidosis) o ampolla 0,5 ml. o Frasco ampolla de 0,5 ml. o Frasco ampolla 5 ml. (con 10 dosis) 0,5 ml., adulto, según el siguiente detalle:

• **OFERTA UNICA: ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD.**

<b>ITEM</b>	<b>DESCRIPCIÓN</b>	<b>CANTIDAD</b>	<b>PRECIO UNITARIO</b>	<b>PRECIO TOTAL</b>
<b>UNICO</b>	<i>Vacuna Influenza de virus inactivos de la gripe (influenza) Solución o Suspensión para inyección, jeringa prellenada 0,5 ml. (unidosis) o ampolla 0,5 ml. o Frasco ampolla de 0,5 ml. o Frasco ampolla 5 ml. (con 10 dosis) 0,5 ml. Adulto.</i>	<b>1.100.000 Dosis.</b>	<b>\$4,63895900909</b>	<b>\$5.102.854,91</b>
<b>MONTO TOTAL ADJUDICADO</b>			<b>\$5.102.854,91</b>	

Todo de conformidad con las condiciones exigidas en el cartel de la compra directa y las ofrecidas por el adjudicatario.

***Pendiente la firmeza.***

Por otra parte y conforme con la preocupación que se ha hecho patente en la parte deliberativa, se encarga a la Presidencia Ejecutiva remitir una comunicación a la Organización Panamericana de la Salud (OPS), en donde le planté la preocupación por la lentitud en la atención y trámite de la solicitud que la Caja hace a esa Organización, en el caso de la adquisición de vacunas.

La doctora ingeniera Garro Herrera y el equipo de trabajo que la acompaña se retiran del salón de sesiones.

Ingresa al salón de sesiones el Director Loría Chaves.

**ARTICULO 34°**

Consta en la correspondencia distribuida, para la sesión de esta fecha, la nota número SJD-C-002-17, del 8 de marzo del año 2017, suscrita por el Lic. Renato Alvarado Rivera, Presidente de la Junta Directiva OPC CCSS (Operadora de Pensiones Complementarias y de Capitalización Laboral de la Caja Costarricense de Seguro Social), dirigido a la Asamblea de Accionistas OPC CCSS S. A., en la que solicitan audiencia para que la Presidencia, la Gerencia General y la Fiscalía de la OPC CCSS presenten los resultados de los estados financieros de la empresa con corte al 31 de diciembre del año 2016, la propuesta de Capitalización de las Utilidades del período 2016 y el Informe Anual de Gobierno Corporativo 2016. Manifiesta la necesidad de presentar ante la Asamblea de Socios dichos informes, ya que se requiere realizar ante el Registro Público las acciones correspondientes. Agradece la atención y respuesta a la solicitud de audiencia y se les estará haciendo llegar la documentación requerida antes del plazo que se establezca por la Asamblea y la Junta Directiva de la Caja.

Asimismo, se ha recibido la copia de la comunicación número SJD-C-001-17, fecha 2 de febrero del año 2017, que firma la señora Alida Chan Wong, Secretaria de Actas de Junta Directiva OPC CCSS (Operadora de Pensiones Complementarias y de Capitalización Laboral de la Caja

Costarricense de Seguro Social), que está dirigida al Lic. Renato Alvarado Rivera, Presidente de Junta Directiva OPCCCSS S. A. y en la que, de acuerdo con el Procedimiento de la Gestión de Gobierno Corporativo, referente al nombramiento o sustitución de los miembros de la Junta Directiva y en cumplimiento a lo indicado en el documento 5P03 Gestión de Gobierno Corporativo, adjunta el siguiente cuadro:

Nombre del Director	Cargo
Sr. Luis Renato Alvarado Rivera	Presidente
Sr. Rolando Barrantes Muñoz	Secretario
Sr. Mario Enrique Devandas Brenes t	Tesorero
Sr. Adolfo Gutiérrez Jiménez	Vocal uno
Sra. Mayra Soto Hernández	Vocal dos
Sra. Fabiola Abarca Jiménez	Vocal tres
Sr. José Luis Loría Chaves	Vocal cuatro
Sr. Carlos Montenegro Godínez	Vocal cinco
Sra. Annette Arguedas Fallas	Vocal seis
Sra. Alejandra Ávila Artavia	Fiscal

Señala que la fecha de vencimiento de los nombramientos de la Junta Directiva es el 18 de abril del año 2017; lo anterior para que se eleve a conocimiento de la Asamblea de Accionistas de la OPC CCSS el recordatorio de los vencimientos de los nombramientos y se proceda con el trámite correspondiente, de acuerdo con el artículo 74 de la 7E12 Ley de Protección al Trabajador.

**Por lo tanto** y conforme con lo ya acordado, **se dispone** realizar el 20 de abril en curso la Asamblea de accionistas de la Operadora de Pensiones Complementarias y de Capitalización Laboral de la Caja (OPC-CCSS), número 66, en la que se presentarán los resultados de los estados financieros de la empresa con corte al 31 de diciembre del año 2016; propuesta de Capitalización de las Utilidades del período 2016 e Informe Anual de Gobierno Corporativo 2016; nombramiento Junta Directiva OPCCCSS S. A.: fecha de vencimiento de los nombramientos: 18 de abril del año 2017.

Ingresa al salón de sesiones el Director Alvarado Rivera.

#### **ARTICULO 35°**

Se toma nota de que se reprograma, para la sesión del 20 de abril en curso, la presentación del oficio N° GIT-7227-2017, de fecha 16 de febrero del año 2017, que firma la Gerente de Infraestructura y Tecnologías, y que contiene el informe de avance del Proyecto *Expediente Digital Único en Salud (EDUS-ARCA)* para el I, II y III Nivel de Atención y cumplimiento disposiciones 4.4 y 4.8 del Informe DFOE-SOC-IF-07-2016.

Ingresan al salón de sesiones la Gerente Médico, doctora María Eugenia Villalta Bonilla; el doctor Hugo Chacón Ramírez, Jefe del Área de Atención Integral a las Personas, y la licenciada Ana María Coto Jiménez, Asesora de la Gerencia Médica.

**ARTICULO 36°**

Se tiene a la vista el oficio firmado por la señora Gerente Médico, N° GM-SJD-20993-2017, fechado 4 de abril del año en curso, mediante el cual se presentan los escenarios para la determinación de camas para el Hospital Max Peralta.

La presentación está a cargo del doctor Chacón Ramírez, quien, al efecto, se apoya en las siguientes láminas:

a)

Gerencia Médica



**Escenarios para  
determinación camas  
Hospital Maximiliano Peralta Jimenez**

b)

**VARIABLES INDEPENDIENTES PARA CALCULO DE ESCENARIOS DE PROYECCION CAMAS DEL HOSPITAL MAXIMILIANO PERALTA JIMENES:**

- Índice de Hospitalización |
- Porcentaje de Ocupación
- Estancia Promedio
- Proyección de población a descripción
- Camas por habitante (indicador de salida y ajuste)
- Composición de la red de servicios

Variable dependiente: resultado de manipulación de variables dependientes.

Variable independiente: constituyen la base de diferentes escenarios de posibilidades.

c)

**VARIABLES INDEPENDIENTES PARA CALCULO DE ESCENARIOS DE PROYECCION CAMAS DEL HOSPITAL MAXIMILIANO PERALTA JIMENES:**

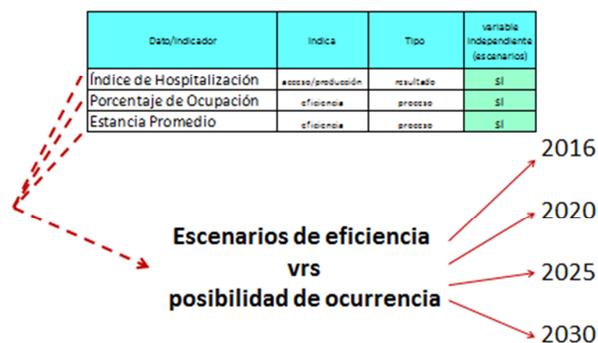
Dato/Indicador	Indica	Tipo	variable independiente (escenarios)
Índice de Hospitalización	acceso/producción	resultado	si
Porcentaje de Ocupación	eficiencia	proceso	si
Estancia Promedio	eficiencia	proceso	si
Proyección de población	demanda/exceso	estructura DEMANDA	no
Numero de camas	oferta/acceso	estructura O PERALTA	no
Camas por habitante (*)	acceso/eficiencia	estructura O PERALTA	?
Periodo a proyectar	na	na	si

(\*)- indicador de salida y ajuste

- Variable dependiente: resultado de manipulación de variables dependientes.
- Variable independiente: constituyen la base de diferentes escenarios de posibilidades.

d)

**ESCENARIOS**



e)

**Estadísticas de los Servicios de Salud de la Caja Costarricense de Seguro Social, 2011-2015**

Indicadores	2011	2012	2013	2014	2015
Población nacional <sup>1</sup>	4.592.149	4.652.459	4.713.168	4.773.130	4.832.234
Egresos Hospitalarios <sup>2</sup>	330.707	341.008	343.093	340.078	348.817
Estancia promedio <sup>3</sup>	6,2	6,3	6,2	6,3	6,5
Camas	5.636	5.594	5.549	5.595	5.611
Porcentaje de Ocupación	84,15	85,18	85,8	85,42	84,77
Giro de Camas	49,65	50,63	50,41	49,53	49,26
Camas por 100.000 habitantes	122,73	120,24	117,73	117,22	116,12
índice hospitalizac (egresos/poblac) <sup>4</sup>	7,2%	7,3%	7,3%	7,1%	7,2%

1/ Población calculada a partir de proyección de adscripción por Área de Salud.  
 2/ Incluye los Egresos de Cirugía Mayor Ambulatoria y Cirugía Vespertina.  
 3/ No incluye los Egresos de Cirugía Mayor Ambulatoria y Cirugía Vespertina.  
 4/ Dato no en cuadro original, calculado específicamente para este análisis.  
**Fuente:** Dirección Actuarial y Económica. Análisis Demográfico, Área de Estadística. Caja Costarricense de Seguro Social.  
 Elaboración institucional con base en las Proyecciones de Población 2011-2050 publicadas por el Instituto Nacional de Estadística y Censos.

f)

**Estadísticas de los Servicios de Salud de la Caja Costarricense de Seguro Social, 2011-2015**

Indicadores	2011	2012	2013	2014	2015
Población nacional <sup>1</sup>	4.592.149	4.652.459	4.713.168	4.773.130	4.832.234
Egresos Hospitalarios <sup>2</sup>	330.707	341.008	343.093	340.078	348.817
<b>Estancia promedio</b>	6,2	6,3	6,2	6,3	6,5
Camas	5.636	5.594	5.549	5.595	5.611
<b>Porcentaje Ocupación</b>	84,15	85,18	85,8	85,42	84,77
Giro de Camas	49,65	50,63	50,41	49,53	49,26
Camas por 100.000 habitantes	122,73	120,24	117,73	117,22	116,12
índice hospitalizac (egresos/poblac) <sup>4</sup>	7,2%	7,3%	7,3%	7,1%	7,2%

1/ Población calculada a partir de proyección de adscripción por Área de Salud.  
 2/ Incluye los Egresos de Cirugía Mayor Ambulatoria y Cirugía Vespertina.  
 3/ No incluye los Egresos de Cirugía Mayor Ambulatoria y Cirugía Vespertina.  
 4/ Dato no en cuadro original, calculado específicamente para este análisis.  
**Fuente:** Dirección Actuarial y Económica. Análisis Demográfico, Área de Estadística. Caja Costarricense de Seguro Social.  
 Elaboración institucional con base en las Proyecciones de Población 2011-2050 publicadas por el Instituto Nacional de Estadística y Censos.

g)

### Estadísticas de los Servicios de Salud de la Caja Costarricense de Seguro Social, 2011-2015

Indicadores	Años				
	2011	2012	2013	2014	2015
Población nacional <sup>1</sup>	4.592.149	4.652.459	4.713.168	4.773.130	4.832.234
Egresos Hospitalarios <sup>2</sup>	330.707	341.008	343.093	340.078	348.817
Estancia promedio <sup>3</sup>	6,2	6,3	6,2	6,3	6,5
<b>CAMAS</b>	5.636	5.594	5.549	5.595	5.611
Porcentaje de Ocupación	84,15	85,18	85,8	85,42	84,77
Giro de Camas	49,65	50,63	50,41	49,53	49,26
Camas por 100.000 habitantes	122,73	120,24	117,73	117,22	116,12
Índice hospitalizac (egresos/poblac) <sup>4</sup>	7,2%	7,3%	7,3%	7,1%	7,2%

1/ Población calculada a partir de proyección de adscripción por Área de Salud.

2/ Incluye los Egresos de Cirugía Mayor Ambulatoria y Cirugía Vespertina.

3/ No incluye los Egresos de Cirugía Mayor Ambulatoria y Cirugía Vespertina.

4/ Dato no en cuadro original, calculado específicamente para este análisis.

Fuente: Dirección Actuarial y Económica. Análisis Demográfico, Área de Estadística. Caja Costarricense de Seguro Social.

Elaboración institucional con base en las Proyecciones de Población 2011-2050 publicadas por el Instituto Nacional de Estadística y Censos.

h)

### Estadísticas de los Servicios de Salud de la Caja Costarricense de Seguro Social, Hospital Monseñor Sanabria, 2011-2015

Indicadores	Años				
	2011	2012	2013	2014	2015
Población adscrita	262.541	265.891	269.275	272.614	275.935
Directa	215.832	218.622	221.426	224.208	226.984
Indirecta	46.709	47.269	47.849	48.406	48.951
Egresos Hospitalarios/ <sup>1</sup>	15.356	12.702	9.817	12.108	13.042
Estancia promedio/ <sup>2</sup>	5,1	5,0	4,9	5,7	5,7
Camas	218	165	119	172	181
Porcentaje de Ocupación	86,4	91,3	90,3	84,8	87,9
Giro Camas	63,3	70,3	66,6	56,2	57,1
Relación cama habitante:					
Por cada 100.000 adscritos <sup>3</sup>	83,03	62,06	44,19	63,09	65,60
Índice hospitalizac (egresos/poblac) <sup>4</sup>	5,8%	4,8%	3,6%	4,4%	4,7%

1/ Incluye los Egresos de Cirugía Mayor Ambulatoria y Cirugía Vespertina.

2/ No incluye los Egresos de Cirugía Mayor Ambulatoria y Cirugía Vespertina.

3/ Incluye población directa e indirecta (esta última atendida en el hospital periférico de referencia Dr. Max Terán Valls)

4/ Dato no en cuadro original, calculado específicamente para este análisis.

Fuente: Dirección Actuarial y Económica. Análisis Demográfico, Área de Estadística. Caja Costarricense de Seguro Social.

i)

**Estadísticas de los Servicios de Salud de la Caja Costarricense de Seguro Social, Hospital Max Peralta Jimenez (Cartago), 2011-2015**

indicadores	Años				
	2011	2012	2013	2014	2015
<b>Población adscrita</b>	523.857	530.631	537.426	544.075	550.637
Directa	434.021	439.587	445.161	450.604	455.973
Indirecta	89.836	91.044	92.265	93.471	94.663
<b>Egresos Hospitalarios<sup>1/</sup></b>	20.156	20.214	21.731	20.309	<b>21.861</b>
Estanda promedio <sup>2/</sup>	5,2	5,2	4,9	5	4,9
Camas	250	250	250	244	260
Porcentaje de Ocupación	99,4	95,3	91,2	94	88,7
Giro Camas	69,49	67,04	67,46	68,47	64,82
Relación cama habitante: Por cada 100.000 adscritos <sup>3/</sup>	<b>47,72</b>	<b>47,11</b>	<b>46,52</b>	<b>44,85</b>	<b>47,22</b>
<b>índice hospitalizac (egresos/poblac)<sup>4/</sup></b>	<b>3,8%</b>	<b>3,8%</b>	<b>4,0%</b>	<b>3,7%</b>	<b>4,0%</b>

1/ Incluye los Egresos de Cirugía Mayor Ambulatoria y Cirugía Vespertina.

2/ No incluye los Egresos de Cirugía Mayor Ambulatoria y Cirugía Vespertina.

3/ Incluye población directa e indirecta (esta última atendida en el hospital periférico de referencia Dr. Max Terán Valls)

4/ Dato no en cuadro original, calculado específicamente para este análisis.

Fuente: Dirección Actuarial y Económica. Análisis Demográfico, Área de Estadística. Caja Costarricense de Seguro Social.

j)

**AÑO 2015  
DATOS COMPARATIVOS**

	H. Max Peralta	H. Monseñor Sanabria	H. Calderon Guardia	H. Mexico	H. San Juan de Dios	Total CCSS
<b>Población adscrita</b>	550.637	275.935	1.197.469	2.193.616	900.406	<b>4.832.234</b>
Directa	455.973	226.984	426.607	117.712	617.702	
Indirecta	94.664	48.951	770.862	2.075.904	282.704	
<b>Egresos Hospitalarios<sup>1/</sup></b>	21.861	13.042	33.401	26.630	35.091	<b>348.817</b>
Estanda promedio <sup>2/</sup>	4,9	5,7	6,00	7,60	7,90	<b>6,5</b>
Camas	260	181	429	468	628	<b>5.611</b>
Porcentaje de Ocupación	88,7	87,9	100,9	91,1	93,6	<b>85</b>
Giro Camas	64,82	57,1	61,11	44	43	<b>49</b>
Relación cama habitante: Por cada 100.000 adscritos <sup>3/</sup>	47,22	65,60	35,83	21,33	69,75	<b>116,12</b>
<b>índice hospitalizac (egresos/poblac adscrita)<sup>4/</sup></b>	<b>4,0%</b>	<b>4,7%</b>	<b>2,8%</b>	<b>1,2%</b>	<b>3,9%</b>	<b>7,2%</b>
		<b>5,8%</b>				

1/ Incluye los Egresos de Cirugía Mayor Ambulatoria y Cirugía Vespertina.

2/ No incluye los Egresos de Cirugía Mayor Ambulatoria y Cirugía Vespertina.

3/ Incluye población directa e indirecta (esta última atendida en el hospital periférico de referencia Dr. Max Terán Valls)

4/ Dato no en cuadro original, calculado específicamente para este análisis.

Fuente: Dirección Actuarial y Económica. Análisis Demográfico, Área de Estadística. Caja Costarricense de Seguro Social.

Elaboración Institucional con base en las Proyecciones de Población 2011-2050 publicadas por el Instituto Nacional de Estadística y Censos.

k)

**Escenarios propuestos de ÍNDICE INTERNAMIENTO:**

Escenario 1: <b>4,0%</b>	DEJAR IGUAL
Escenario 2: <b>4,8%</b>	INCREMENTAR <b>20%</b> CAPAC. INTERNAM (incorpora referencias y atenciones en Hospital Calderon G.)
Escenario 3: <b>5.4%</b>	INCREMENTAR <b>45%</b> CAPACIDAD INTERNAMIENTO (deja Índice.Hospitalización similar a H. Monseñor S.)
Escenario 4: <b>7.0%</b>	INCREMENTAR <b>75%</b> CAPACIDAD INTERNAMIENTO (deja Ind.Hosp. similar a promedio nacional)

**Escenarios propuestos para PORCENTAJE OCUPACION:**

Opción 1: <b>85%</b>	similar H. Monseñor S.
Opción 1: <b>90%</b>	similar a comportamiento histórico del hospital.
Opción 2: <b>95%</b>	similar a comportamiento histórico del hospital pero más estricto

l)

**ESTANCIA PROMEDIO**

SERVICIO	Est. Prom
Medicina	10,3 *
Cirugía	5,8
Ginecología	3,5
Obstetricia	2
Pediatría	4,1

**POBLACION ADSCRIPCION**

año	población
2015	550.637
2020	578.452
2025	594.179
2030	608.577 *

l)

**2020**

**Escenario de Índice hospitalización camas al 2020:**

SERVICIO	Camas año 2016	Estudio Oferta Demanda	4,0%			4,8%			5,8%			
			I.O. 85%	I.O. 90%	I.O. 95%	I.O. 85%	I.O. 90%	I.O. 95%	I.O. 85%	I.O. 90%	I.O. 95%	
TOTAL:	269	361	370	351	335	436	414	394	520	493	469	
Medicina	82	110	119	112	107	143	135	128	173	163	154	
Cirugía	82	92	95	90	85	114	108	102	138	130	123	
Ginecología	82	36	36	34	32	44	41	39	53	50	47	
Obstetricia	82	54	52	49	46	62	58	55	75	71	67	
Pediatría I	82	32	31	29	28	37	35	33	45	42	40	
Neonatología	26	37	37	37	37	37	37	37	37	37	37	
	<b>incremento</b>		92	92	82	66	167	145	125	251	224	200
CAMAS HABITANTE (100,000)			62,41	63,94	60,74	57,88	75,45	71,61	68,18	89,84	85,20	81,05
Actual	47.22											
H. Monseñor S.	65.60											

-> nueva asignación camas (368) índice camas de más de 90 por cada 100,000 hab

m)

**2025**

Escenario de Índice hospitalización camas al 2025:

SERVICIO	Camas año 2016	Estudio Oferta Demanda	4,0%			4,8%			5,8%		
	I.O. 99,4%		I.O. 85%	I.O. 90%	I.O. 95%	I.O. 85%	I.O. 90%	I.O. 95%	I.O. 85%	I.O. 90%	I.O. 95%
<b>TOTAL:</b>	<b>269</b>	<b>361</b>	<b>379</b>	<b>360</b>	<b>343</b>	<b>447</b>	<b>425</b>	<b>404</b>	<b>533</b>	<b>505</b>	<b>481</b>
Medicina	82	110	122	115	109	147	139	131	177	167	159
Cirugía	67	92	98	92	87	117	111	105	142	134	127
Ginecología	25	36	37	35	33	45	42	40	54	51	48
Obstetricia	47	54	53	50	47	64	60	57	77	72	69
Pediatría I	22	32	32	30	28	38	36	34	46	44	41
Neonatología	26	37	37	37	37	37	37	37	37	37	37

	incremento	92	110	91	74	178	156	135	264	236	212
CAMAS HABITANTE (100,000)		60,76	63,77	60,58	57,71	75,28	71,44	68,01	89,67	85,03	80,88
Actual	47.22										
H. Monseñor S.	65.60	-> nueva asignación camas (368) índice camas de más de 90 por cada 100,000 hab									

n)

**2030**

Escenario de Índice hospitalización camas al 2030:

SERVICIO	Camas año 2016	Estudio Oferta Demanda	4,0%			4,8%			5,8%		
	I.O. 99,4%		I.O. 85%	I.O. 90%	I.O. 95%	I.O. 85%	I.O. 90%	I.O. 95%	I.O. 85%	I.O. 90%	I.O. 95%
<b>TOTAL:</b>	<b>269</b>	<b>361</b>	<b>387</b>	<b>368</b>	<b>350</b>	<b>457</b>	<b>434</b>	<b>413</b>	<b>545</b>	<b>517</b>	<b>491</b>
Medicina	82	110	125	118	112	150	142	134	182	172	162
Cirugía	67	92	100	95	90	120	113	107	145	137	130
Ginecología	25	36	38	36	34	46	43	41	55	52	49
Obstetricia	47	54	54	51	48	65	61	58	79	74	70
Pediatría I	22	32	33	31	29	39	37	35	47	45	42
Neonatología	26	37	37	37	37	37	37	37	37	37	37

	incremento	92	118	99	81	188	165	144	276	248	222
CAMAS HABITANTE (100,000)		59,32	63,62	60,43	57,57	75,13	71,30	67,87	89,52	84,88	80,74
Actual	47.22										
H. Monseñor S.	65.60	-> nueva asignación camas (368) índice camas de más de 90 por cada 100,000 hab									

El Dr. Hugo Chacón refiere que se presentan los escenarios, para determinar el número de camas para el Hospital Max Peralta, para lo cual se utilizó una serie de indicadores que se mezclan entre ellos. Algunos son lo que se denominan variables dependientes y otros son variables independientes. Recuerda que el índice de hospitalización, el porcentaje de ocupación, la estancia promedio, la proyección de camas de adscripción, las camas por habitante y, después, la composición de la red de servicios, estaban considerados para determinar cuál va a ser la

resolutividad que va a tener el Hospital. Recuerda que el índice de hospitalización, es un indicador de acceso y producción, así como de resultados y los cuatro primeros, son los que harían las variables independientes, son los que se van a manipular, para obtener lo que corresponde a las estructura, en este caso camas, lo que se quiere obtener el número de camas, van a trabajar con diferentes alternativas de eficiencia, en cuanto a ocupación, cama y una potencial demanda del cuadro de aprobación. Con esas variables independientes se mezclan con el diferente, es decir, van a haber varias opciones, las cuales se mezclan y surgen escenarios proyectados a diferentes períodos.

En cuanto a una inquietud del Director Devandas Brenes, señala el Dr. Hugo Chacón que es en el siguiente sentido, tiene razón pero su estadística sería la variable del dependiente, porque es la que va a resultar, como consecuencia de la manipulación de una independiente; la dependiente son aspectos que definen y la que va a resultar dependiendo de esos elementos. En este caso, va a ser el número de camas, es decir, depende de lo que se decida. En cuanto al acceso-producción, una vez teniendo esos aspectos como datos juntos, darán el resultado de los diferentes escenarios y lo que se pretende generar es la impresión de cuál escenario, puede ser más adecuado o más probable en la adecuación, por ejemplo, se desea la máxima eficiencia. Lo más probable entre los escenarios pareciera que es el que más va a ocurrir y todos son escenarios. En ese sentido, se tienen datos nacionales, relacionados con la cantidad de camas del país, se refiere a los egresos que se han producido en el país, los cuales se han mantenido relativamente estables, porque las camas, primero, son estables y los indicadores de eficiencia son los que se podrían modificar, son los indicadores que teniendo igual número de camas, podría producir más egresos. La otra opción de elevar los egresos, es aumentar las camas también pero en forma estructura, para que no sea ineficiente. Entonces, se va a trabajar, principalmente, con ese escenario de ocupación. Además, se tiene que tener presente el índice de hospitalización nacional, el cual es un promedio nacional de alrededor de un 7%. Entonces, se va a trabajar con esos índices para generar una propuesta de egresos futuros, es decir, se quiere generar una modificación en la oferta de servicios, la cual genere la posibilidad de una mayor cantidad de egresos o modificar, la cantidad de egresos, de hecho es lo que está sucediendo. En ese sentido, se tiene que tomar una decisión para ofrecer mayor oferta y tener la capacidad para producir más egresos. Recuerda el tema del Hospital de Puntarenas, porque al final se trató de conducirlo hacia un índice de hospitalización de un 5.8%. En el Hospital de Cartago en los años 2011, 2012 y 2013, se tiene un índice de hospitalización de alrededor del 4.0%. Como detalle interesante se tiene las camas por habitante, en el caso de Puntarenas era de alrededor de 65 camas por cien habitantes y con un índice de hospitalización, entonces, se empezó el Hospital de Puntarenas con un 4.7% de egresos. El Hospital de Cartago en cambio, está con un índice de camas por 100.000 habitantes bastante menor, porque ese aspecto ayuda a pensar, si se quiere ir a hacer la equidad con recurso a nivel local, habría que pensar en asignar más camas, es una variable que se está analizando sin observar el resto. Entonces, sería al contrario, si ese dato fuera por camas por cien habitantes, porque se indicaría cómo se van a asignar más camas si se tiene una oferta superior a la de Puntarenas. Entonces, la opción sería dar más camas y no iría, inicialmente, contrario a un índice. Menciona esa información para que se tenga al momento de la decisión. Otro aspecto interesante que se estaría comparando, con el Hospital de Cartago con el Hospital de Puntarenas, se tiene como referencia que no son hospitales nacionales, pero el comportamiento de esos Hospitales es bastante diferente a un hospital regional. De hecho el Hospital de Cartago a pesar de que se indica que es regional, se parece más en su producción a hospital nacional. Las camas por habitante hoy del Hospital Max Peralta, por 100.000 habitantes son 47 camas y en el

Hospital Monseñor Sanabria son 65 camas por 100.000 habitantes. Entonces, quedó el índice de hospitalización con el 4.7%. Comenta que el Hospital Monseñor Sanabria, después de la decisión que tomó de camas, quedó por encima de noventa camas por 100.000 habitantes y depende del año que lo hagan, si fuera del año 2025 o al año 2030, serían 90 camas por cien mil habitantes.

Consulta el Director Devandas Brenes por qué se escogió para comparar el Hospital Monseñor Sanabria con el Hospital de Cartago y no el Hospital de Alajuela o el Hospital de Heredia.

Responde el Dr. Hugo Chacón que se escogió el Hospital de Puntarenas, porque la información es reciente, es decir de hace unos meses, entonces, es para que se tuviera en memoria las decisiones que se tomaron en aquella ocasión, porque son los que están cambiando la decisión de elevar el número de camas base. Además, se tomaron decisiones y no presentar toda la discusión, porque podría ser que la información de los otros hospitales es distinta, pero se quiso hacer un ejercicio parecido. Las opciones de índice de entrenamiento que se trabajó, condujeron a cuatro escenarios y lo que se proyectó fueron camas al año dos mil equis, utilizando el mismo índice de entrenamiento de hoy. El 4.8% se construye de la siguiente manera, se analizó todo lo que se atiende en otros hospitales, por ejemplo, el Hospital de Cartago, se le asignó su peso relativo e indicaron que no, porque la información se valoró con unos médicos aparte y, después, con la Gerencia Médica para determinar si esa capacidad resolutive se quiere para el Hospital de Cartago. Entonces, se está indicando que esas camas que se usaron para el Hospital de Puntarenas, se van a querer para el Hospital de Cartago, para que en teoría no se tenga que referir a ese Hospital. Hay un 16% de la población que se atiende fuera de Cartago, pero ese aspecto eleva la capacidad resolutive a un 20%, se eleva por el aspecto de considerar pacientes que esperan en el Servicio de Emergencias, porque al final siempre se internan, pero varios días después. En ese sentido, el 16% de los pacientes se está proyectando a un 20%. El 5.4% es dejarlo como estaba el Hospital de Puntarenas y el 7% que lo indicó en otra presentación, pero se observó que no era razonable, porque un comportamiento nacional es demasiado general, sería en realidad los Hospitales Nacionales y las clínicas periféricas. Esa es una de las variables que en este caso sería independiente. En el escenario de ocupación se está trabajando con un 85%, 90% y 95% de ocupación, con el Hospital de Puntarenas se trabajó con un 85% y 90% de ocupación. Se trabajó en el Hospital de Cartago con alrededor de un 95% de ocupaciones, porque es el histórico en Cartago, de modo que no es improbable tener un hospital que mantenga ese comportamiento a futuro. Entonces, es el mismo indicador con tres posibilidades de eficiencia.

Interviene el Director Loría Chaves y señala que el resto de las variables que inciden en esa toma de decisiones, por ejemplo, provean a los hospitales que tienen ciertos niveles de ocupación, pero refieren mucho a otros hospitales, por lo que desocupan la cama. En ese sentido, le parece que se tiene que analizar esas variables.

Ante la consulta del señor Loría Chaves, indica don Hugo Chacón que ese aspecto lo abarcan con esa opción.

Indica el Director Devandas Brenes que se supone que se elimina o se reduce la referencia.

El doctor Chacón Ramírez señala que si se ubican en ese escenario, se está pensando en que le van a dar más camas para que, eventualmente, no tenga que referir por dos variables, porque

pudo ser que no tenía cama para volver a atender al paciente, o porque de todos modos no lo tenía que atender, dado que ese análisis se hizo en la Gerencia Médica. De lo que se atiende afuera se puede presentar en dos grandes rubros, el paciente que todos modos se iban a atender afuera siempre, porque el caso es tan complejo que en el Hospital hoy por hoy y mañana, no tiene por qué atenderlo. Luego, están los otros grupos que son todo lo que se atendió afuera, pero nunca se debió haber atendido en otro hospital, porque tenía la necesidad de atenderlo. Como ilustración, se hizo un bypass directo a los hospitales y el hospital lo atendió un sábado y ese día no tenía quirófano, entonces, un paciente que sí tenía capacidad de atender, no se atendió pero porque no tenía campo, o porque estaba ocupado el servicio; ese paciente de fijo si se atiende en el Hospital, lo que genera que se produzca un incremento de camas. El otro el análisis que se presenta es, a modo de ejemplo, que se va a dar Hemodinamia a un paciente, entonces, se le va a asignar un lugar en la unidad de Ictus, esos otros pacientes se conoce que no van a crecer en cantidad de camas sino en resolutiveidad.

Agrega el Dr. Devandas Brenes que también va a crecer en especialistas.

Adiciona el Dr. Hugo Chacón que también crecerá en equipamiento y en especialidades.

El señor Loría Chaves indica que el otro tema, es un estudio de las listas de espera que son otro aspecto, el cual produce impacto en el Hospital, porque si están resolviendo urgencias de baja complejidad, las cuales no requieren camas, pero se está dejando las que si ocupan camas en lista de espera más prolongadas en ese sentido, también se tiene un problema.

Al respecto, señala el Dr. Chacón que la lista de espera, es una variable importante por considerar, dado que habría que ir depurando más, porque la lista de espera de per sé no genera una dificultad, el problema es cuánto se tiene en espera, es decir, las listas de espera siempre van a haber, el detalle es que el paciente no debería estar esperando más de cierta cantidad de tiempo.

Ante un comentario del Director Fallas Camacho, acota el Dr. Chacón Ramírez que todos los egresos se analizaron, las causas de egresos por grupo de edad, para la hora de considerar, incluso, la estancia a la que se está haciendo referencia en la presentación. Todos esos aspectos se trabajaron. Le indica al Dr. Fallas que tiene los cuadros pero son voluminosos, no obstante se los puede mostrar. Esa ocupación no se puede analizar sola, porque está mezclada con las otras que había mencionado. Esa estancia no está dando mucho tiempo, porque están trabajando con el histórico de las estancias, serían técnicas esas estancias, se valoraron también con la Gerencia Médica, las estancias recomendadas para ese Hospital, para la complejidad que se maneja y la comunidad que va a atender, ese aspecto se relaciona con las patologías. Entonces, se tienen que relacionar todos los egresos que manejan, por la estancia que está teniendo. De hecho la estancia es de alrededor de 12.5 días, sin embargo, la que se está recomendando es que sea 10.3 días, por las razones de que el Hospital va a tener una gran infraestructura en el Hospital de día, con más de veintidós cupos. Es una mesa entre elementos, por alrededor del 22% de los atendidos que son adultos mayores, tanto de Cirugía como de Medicina. El Hospital de Puntarenas debe tener como el promedio de los casos renales y la estancia era de ocho días, pero aquí están sosteniendo una mayor, el Hospital si va a tener acogida de atención pero creen que hay nivel de ineficiencia relativo. Doce días de estancia es muy alta, es decir, es muy elevada para un hospital de patologías. Puede mostrar las patologías con cirujanos, con médicos internistas y con médicos

de familia y en general fue analizada cada patología y se obtuvo una especie de hipótesis de estancia y no les daba doce, es decir, el resultado daba entre diez y once días de estancia.

El Director Fallas Camacho señala que a veces el paciente permanece internado más tiempo por el problema del transporte.

El doctor Chacón concuerda con el Dr. Fallas y, generalmente, sucede con hospitales parecidos a Golfito.

El doctor Fallas Camacho indica que no, necesariamente, porque en el Hospital México y en el Hospital San Juan de Dios, hay pacientes que permanecen internados más tiempo, porque tiene pendiente un examen, o trasladarlo a la casa de habitación y es a una larga distancia.

Manifiesta el doctor Hugo Chacón que se espera que el programa inicie tanto con el alta programada, como el Hospital de Día. Recuerda que alta programada implica, como ejemplo, que un paciente en Medicina al día 20 ó 12 y ese día se indica alto y se llama al trabajador social, por lo que esa técnica se tiene que modificar para que se instale la alta programada. Por ejemplo, se ingresa un paciente con un diagnóstico y dada la edad, desde el primer día empieza a valorarlo trabajo social, en vez de empezar a valorar la familia y el acceso el día 12, es cuando se egresa y se inicia el proceso con trabajo social, entonces, si se inicia desde el primer día con trabajo social, se ganan 12 días. Además, en el momento en lo que haya que hacerle al paciente y se tenga el soporte familiar, se envía al hospital de día. Con el funcionario que tenga disponible el hospital, en ese momento es Trabajo Social. En el alta programada no se establece un profesional, pero los que han estado trabajando más en esa línea son las enfermeras y los profesionales en trabajo social. Continúa y anota que no es egresar al paciente, es garantizar que con menos días, le crea condiciones en el domicilio o en hospital de día, que pueden ser de igual o mejor calidad. Los años son 2015-2016 pero el que tiene cierre es el 2015, 2020, 2025, 2030. En este momento, se presentará la mezcla de todas esas variables. Se refiere a un escenario al año 2020, por ejemplo, son dos cuadros idénticos en el que se mezcla el crecimiento poblacional, así como las diferentes posibilidades de índice de hospitalización y los diferentes niveles de ocupación, con un nivel de eficiencia de estancia definida. En este caso, no están incluidas las diferentes estancias. Se está definiendo que debería manejar un promedio de 10.3 días en Medicina, 3.5 en Ginecología, son alrededor de los días que estaban valorados en el caso del Hospital de Puntarenas. Más estancias serían en función de la complejidad, es decir, gestionar hacia riesgo e ineficiencia. Por ejemplo, si se decidiera que no se quiere un hospital con la misma resolutivez, el cual solo crecerá por crecimiento de la población y no por resolutivez, entonces, se eleva la población y se tiene que analizar si las camas se deben ajustar. Ese aspecto producto del incremento de la población y, además, va a tener mayor resolutivez. Como ilustración, si se proyectara que va a tener un 4.8%, recuerda que es incrementar la capacidad de Hospital hasta un 20% más, es decir, lo que se está atendiendo afuera y un poquito más que sucedería, hoy por hoy tiene 269 camas, sería pasarlo en el caso del 85% a 236 o a 414 camas, ese aspecto se disminuye, porque el elevar la eficiencia, requiere menos camas, porque se hace una rotación mayor de la cama. Entonces, en ese escenario la diferencia sería 167 camas. En el caso de Puntarenas fueron 100 camas, pero el Hospital de Cartago, tenía un índice de camas menor que el Hospital de Puntarenas, de modo que se le podría asignar un poco más de camas, de las que se le asignó a Puntarenas, posiblemente, se está ajustando el índice de equidad en la oferta de camas. Ese aspecto incrementaría a 145 camas y con ese escenario, se elevaría a 125

camas. Hay otro escenario que eleva, significativamente, ese aspecto, es asumiendo que la población se va a incrementar en un 45% y es muy exagerado, valorando lo que se le va a dar al Hospital no va en esa línea, ni coincide con los porcentajes que se están haciendo afuera. El escenario de 5.4% es estimar que la población se aumente en un 45%, entonces, sería darle el mismo tratamiento que tuvo el Hospital Monseñor Sanabria.

El Director Devandas Brenes pregunta si lo de la capacidad de la resolución es un cálculo neto, es de cero, si la resolución en la red eleva las referencias también y en el Hospital de Cartago disminuyen. Pregunta si es un cálculo neto.

El Dr. Chacón Ramírez responde que de momento no es el cálculo neto.

Respecto de una inquietud del doctor Devandas Brenes, en términos de conocer si el Hospital tendrá más capacidad de resolución, señala la Dra. Sáenz Madrigal que el Hospital de Cartago, tiene mayor capacidad de resolver con los recursos locales.

Al Director Devandas Brenes le parece que este escenario, tomando en cuenta la posibilidad de cuánto tiempo se duraría construyendo el Hospital, por ejemplo, al año 2020 no van a estar listos ni los planos, entonces, entonces sería en alrededor de 15 años.

Sobre el particular, indica el Dr. Chacón que para el año 2012 es poco probable que el Hospital Max Peralta esté construido.

Comenta el doctor Devandas Brenes que el proyecto de construcción de Hospital Max Peralta, hace mucho tiempo que está en proyecto y no se tienen ni los planos. Pregunta cuánto tiempo se tardaría en años, porque estima que se tiene que analizar el desarrollo de la Red porque, efectivamente, dado que se proyecta mejorar los Hospitales de Zeledón, Ciudad Neily y el de Golfito.

Aclara la doctora Sáenz Madrigal que el Hospital de Cartago, no recibe ninguna referencia del sur. No obstante, se está considerando el tema de los Santos, porque sí refieren pacientes al Hospital de Cartago y, también, el Hospital de Turrialba referirá al Hospital de Cartago.

El Director Devandas Brenes señala que se tomó en cuenta, los pacientes que refiere el Hospital de Cartago a los Hospitales Nacionales, pero no lo que recibe el Hospital de Cartago.

Responde la doctora Rocío Sáenz que sí se consideraron porque son los egresos.

El doctor Devandas Brenes que, por ejemplo, si se supone que el Hospital de Turrialba, eleva su capacidad resolutoria, el envío de pacientes al Hospital de Cartago disminuye.

Señala doña Rocío Sáenz que surge lo mismo que indicó el doctor Chacón, el Hospital de Turrialba, va a tener siempre un número equis de pacientes, los cuales va a tener que referir siempre a Cartago, porque es un Hospital que no atiende toda la complejidad.

Al respecto, indica don Mario que, entonces, depende de la complejidad. En ese sentido, le parece que hay que analizar los pacientes que está enviando el Hospital de Turrialba al Hospital de Cartago.

La señora Presidenta Ejecutiva indica que se analizaron los egresos, hospital por hospital, así como patología por patología y de dónde son, pero el Hospital de Turrialba, siempre va a referir los casos que se relacionan con el Hospital de Cartago. Entonces, siempre va a referir algunos casos que van a tener que resolver en el Hospital Calderón Guardia por su complejidad. No obstante, cada vez es menos lo que se va refiriendo, pero es menos el tema que se ha presentado. Por ejemplo, cuando un Hospital como el Hospital Calderón Guardia, el Hospital México o el Hospital San Juan de Dios tienen toda la capacidad para atender Neurocirugía y el día que se hace una operación de Neurocirugía, queda bloqueado el quirófano todo el día, porque una intervención de esa naturaleza es muy complicada y se puede tardar doce horas. Mientras que en otro hospital, se podrían resolver en un quirófano cuatro o seis hernias, esas atenciones no las tiene por qué estar haciendo el Hospital Calderón Guardia. Lo que está sucediendo es que esas cuatro, seis hernias no les dan espacio a los trabajadores de Neurocirugía, porque están ocupadas las salas. Entonces, se genera una gestión de incapacidad resolutive. Por lo que, efectivamente, lo que plantea el doctor Chacón es darle mayor capacidad al Hospital de Cartago, para que se resuelva en ese Hospital.

El Director Loría Chaves señala que lo que puede producir impacto, en el Hospital de Cartago es un exitoso programa de Hospital de Día. Cree que de todas maneras, la Seguridad Social tiene que ir evolucionando mucho en ese aspecto de hospital de día y la atención domiciliaria. Reitera, que un hospital de día podría ayudar también mucho al tema de las camas.

Comenta el doctor Hugo Chacón que el Hospital de Cartago, va a tener en el estudio de oferta demanda, un fuerte programa de Hospital de Día, también de cirugía mayor ambulatoria y se esperaría que se implemente lo más pronto posible el alta programada, principalmente, en Medicina y en Cirugía. Lo anterior, por cuanto en Cirugía si bien mantiene estancias propias, se tienen rangos exagerados, por ejemplo, hasta de quince, veintidós y treinta días, por ejemplo, Ortopedia. Entonces, son pacientes que podrían ser referidos al Hospital de Día, para muchas de las aprobaciones, por ejemplo, se tiene contemplado en el estudio de oferta y demanda, los tres aspectos y se espera que suceda. El escenario al año 2020 no tiene sentido, es trabajar con un escenario muy próximo, entonces, no se logrará gestionar a tiempo. Sugiere se trabaje con el escenario del año 2025 y 2030 y que la Junta Directiva decida, con cuál de los dos años se quiere acercar más.

La doctora Sáenz Madrigal señala que aunque se trabaje con el tema del año 2025, no se le puede darle a entender a las personas de la Provincia de Cartago, que se está postergando la construcción al año 2025. Entonces, lo indica para el momento de hacer la comunicación y cree que se debe trabajar con el año 2025, pero se debe tener mucha cautela, con la comunicación porque de lo contrario, los ciudadanos de esa Provincia, van a sentir que se está prorrogando la construcción del Hospital cinco años más, o siete años más. Piensa que en el momento de la resolución, se tiene que quedar que se analizó la proyección de esa forma, para estar holgados pero no es que va a estar construido en el año 2025.

Acota don Hugo Chacón que cuando se hace referencia del año 2025, es para tener un grado de certeza que para cuando se llegue a ese año, la infraestructura que se construyó tiene capacidad de reaccionar para esa demanda.

El doctor Fallas Camacho indica que en el pasado, por ejemplo, en la construcción del Hospital de Ciudad Quesada y el Hospital Calderón Guardia, no llenó las expectativas que se requerían, porque cuando se construyeron eran para 25 años y no se dejaron espacios suficientes. Por lo menos de áreas que puedan ser consideradas, para ampliar lo que se está haciendo referencia y ese aspecto. Se relaciona con el diseño de los planos y de la distribución de las maquinas, entre otros aspectos. Algunos espacios se pueden, perfectamente, acoplar aunque sea en un futuro lejano.

El doctor Hugo Chacón indica que una posibilidad es que se decida, para que se inicie con camas en el año 2025, pero que se tenga espacio para camas proyectadas al año 2030, por ejemplo. Cuando lo dimensionen piensen que va a tener, como ilustración, cuatrocientas camas y si se decide que se inicie con 350 camas.

Al Dr. Fallas Camacho le parece que en el escenario se podrían proyectar 400 camas.

Respecto de una pregunta de la doctora Sáenz Madrigal, responde el doctor Chacón Ramírez que el escenario proyectado al año 2025, da como resultado un 4%, ese escenario se va a indicar que no, porque sería asumir que le cambiaron la productividad. El escenario pesimista en el caso, es el que más camas da y son 447 y el más optimista da 404 camas, proyectándolo al 95% de ocupación. Ese aspecto elevaría el índice de camas por habitante de 47 a 61 camas. Entonces, si se hace referencia del asunto de equidad, es lo que se le podría solicitar a los Miembros de Junta Directiva, una distribución de camas por habitante mucho más razonable y superior. Se están incrementando por 32 camas y elevándolas más de un 40%, lo que implicaría un incremento de 168 camas, 153 y 135 camas. Recuerda que el Hospital de Puntarenas, comenzó con 65 camas por 100.000 habitantes y con la decisión, quedó en 90 camas por 100.000 habitantes, entonces, en el caso lo que se haría es dejar la proyección como se inició en el Hospital de Puntarenas. Ese indicador se ubica de salida y esa no fue la decisión, se presenta para que se observe como se mejora como consecuencia de la decisión y cuál es el nivel de nombramiento. En el escenario bajo, el 85% se interpretaría a 457 camas y en el mejor de los casos al 95% de ocupación, es decir, 413 camas y el punto medio, sería 434 camas, entonces, se está haciendo referencia de 434 camas.

En cuanto a una inquietud de don Mario Devandas, señala el doctor Hugo Chacón que serían 425 camas, una opción es indicar esa cantidad, pero que la construcción contemple más espacio.

Respecto de una pregunta del Director Devandas Brenes, tendiente a conocer si en ese 4.8% están contempladas las especialidades, responde el doctor Chacón que sí.

Señala el doctor Devandas Brenes que también hay demandas específicas para la infraestructura. Le parece que habría que determinar qué tipo de especialidades se van a incluir.

La Gerente Médico explica que en el Hospital de Cartago, lo que aumentaría es la capacidad resolutive es el Servicio de Angiografía, porque en este momento están iniciando con el equipo,

ya se está utilizando en los procesos vasculares, también tienen los cardiólogos. Entonces, se tendrían que enviar a capacitar. Además, están haciendo trasplantes, lo cual se observó en el Área de Cuidados Intensivos y se necesitan más intensivistas y especialistas en Hemodinamia, porque sería lo que les daría más capacidad resolutive.

Interviene la doctora Sáenz Madrigal y adiciona que se tiene la modalidad de alta programada y la cirugía mayor ambulatoria.

Continúa la doctora Villalta Bonilla y anota que en oncología, habría que reforzar la especialidad, porque en el Hospital de Cartago se está aplicando quimioterapia, hemodiálisis, diálisis peritoneales, es decir, el Hospital se tiene que reforzar.

Indica el doctor Chacón Ramírez que un detalle importante son los quirófanos, porque muchas veces el “cuello de botella” en cirugía no son las camas, son los quirófanos.

Al respecto, comenta la señora Presidenta Ejecutiva que depende con quién se conversa en el Hospital, porque si es con los jefes del Servicio de Emergencias, indican que el problema son las camas, si es con los cirujanos indican que el problema es recuperación.

Señala el Director Devandas Brenes que en este momento, están solicitando cuáles son las especialidades que se van a fortalecer para que se envíe lo que se requiere.

La doctora Villalta Bonilla le indica a don Mario que se hizo el análisis de todas las referencias, así como el de los pacientes que se les está enviando para Ictus y cardiología. Por ejemplo, los espacios de cirugía cardíaca se dejaron abiertos, esos procesos no los va a resolver el Hospital de Cartago, los casos se tienen que continuar trasladando, pero todos los que son de Angiografía, para Stend, tanto neurocirujanos, vasculares y cardiólogos se están eliminando.

Continúa el Director Devandas Brenes y señala que para esas especialidades, se supone que está hecho el análisis de infraestructura requerido, porque ya no serían solo camas o equipos médicos.

Aclara la doctora Sáenz Madrigal que sería infraestructura y camas.

Señala el Dr. Hugo Chacón que no se solucionaría ninguna situación particular, si se dan las camas y no se tiene el especialista.

Añade el doctor Devandas Brenes que el especialista y la infraestructura para la atención específica, entonces, si se ocuparían equipos especializados.

Menciona el doctor Chacón Ramírez que esos serían básicamente los escenarios.

Pregunta la doctora Sáenz Madrigal cuál es la recomendación de la Gerencia Médica.

El doctor Chacón procede a dar lectura a la recomendación de la Gerencia Médica.

Al Dr. Devandas Brenes le parece que la información es para que la Gerencia de Infraestructura haga cálculos, por ese aspecto le parece que lo indicado por el Dr. Chacón es prudente, el número de camas de 434 ampliable el número a 450 camas.

Aclara el Dr. Chacón que en el escenario pesimista serían 457 camas.

Indica el Director Devandas Brenes que el escenario sería pesimista y, además, pensando que va a existir una proyección, porque para efecto de los ingenieros, es el dato que ocupan, 434 camas ampliables a 457 camas.

**Por consiguiente**, se tiene a la vista la comunicación que firma la señora Gerente Médico, N° GM-SJD-20993-2017, fechada 4 de abril del año en curso, por medio de la que se presentan los escenarios para la determinación de camas para el Hospital Max Peralta, habiéndose hecho la presentación pertinente por parte del doctor Hugo Chacón Ramírez, Jefe del Área de Atención Integral a las Personas, en cuanto al *Análisis de escenarios de proyección requerimientos camas hospitalización Hospital Max Peralta* y tomando en consideración las siguientes variables:

- a) Que el inicio de puesta en operación del Hospital Max Peralta se tiene para el año 2021, por lo que el escenario debe proyectarse al año 2030.
- a) Que la Administración debe buscar como objetivo la mejora en la gestión y optimización de los recursos.
- b) Utilización del índice de hospitalización al 4.8% que incorpora los traslados y atenciones que se realizan en el Hospital Rafael Ángel Calderón Guardia.
- c) El Hospital Max Peralta refleja del comportamiento histórico un índice de ocupación de más del 90%.
- d) El incremento en la capacidad resolutive del Hospital Max Peralta.
- e) Aumento en la ambulatorización de procedimientos quirúrgicos.
- f) Fortalecimiento del Hospital de día y alta programada,

y con base en la recomendación de la doctora Villalta Bonilla, la Junta Directiva –por unanimidad- **ACUERDA:**

- 1) Definir el escenario proyectado al 2030 para un total de 434 (cuatrocientas treinta y cuatro camas) camas al Hospital Max Peralta ampliable a 457 (cuatrocientas cincuenta y siete) camas.
- 2) Instruir Gerencia de Infraestructura y Tecnologías, y a la Gerencia Financiera para que presenten el análisis de costo de construcción-operación y sostenibilidad de la propuesta en referencia que aquí se aprueba.

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

El doctor Chacón Ramírez se retira del salón de sesiones.

Ingresa al salón de sesiones la licenciada Ana María Coto Jiménez, Asesora de la Gerencia Médica.

Ingresa al salón de sesiones el doctor Albin Chaves Matamoros, Director de Farmacoepidemiología.

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

### **ARTICULO 37°**

Se tiene a la vista la consulta que concierne al *Expediente N°20.144, Proyecto “Ley para la adquisición solidaria de medicamentos y vacunas de alto impacto financiero de la Caja Costarricense de Seguro Social”*, que se traslada a la Junta Directiva por medio de la nota N° PE-12814-2017, fechada 24 de marzo del año 2017, suscrita por la Jefe de Despacho de la Presidencia Ejecutiva, a la que se anexa la comunicación del 23 de marzo del presente año, N° AL-CPOJOFI-0465-2017, que firma la Licda. Nery Agüero Montero, Jefa de Área de la Comisión Permanente de Asuntos Jurídicos de la Asamblea Legislativa. Se solicitó criterio unificado a las Gerencias Financiera y Médica, que coordina lo correspondiente y remite el criterio unificado.

Se ha recibido el criterio unificado por parte de la Gerencia Médico, contenido en el oficio N° GM-SJD-21049-2017, fechado 3 de abril del año en curso que literalmente se lee así:

“En atención a oficio JD-PL-0022-17 suscrito por la señora Emma C. Zúñiga Valverde, secretaria de Junta Directiva, y en referencia al oficio AL-CPOJOFI-0465-2017 suscrito por la licenciada Nery Agüero Montero, Jefe Área Comisión Permanente de Asuntos Jurídicos, mediante el cual remite consulta sobre el texto del Proyecto de Ley indicado en el epígrafe, atenta manifiesto:

#### **I- ANTECEDENTES**

- Oficio AL-CPOJOFI-0465-2017 suscrito por la licenciada Nery Agüero Montero, Jefe Área Comisión Permanente de Asuntos Jurídicos.

#### **II. ANALISIS INTEGRAL DEL PROYECTO DE LEY**

Esta Gerencia a fin de externar criterio sobre el presente proyecto de ley ha procedido a solicitar los siguientes criterios técnicos:

1. Criterio Legal: suscrito por la Licda. Ana María Coto Jiménez, Abogada de la Gerencia Médica.
2. Criterio Técnico: Oficio DFE-0168-03-17 de fecha 30 de marzo del 2017 suscrito por el Dr. Albin Chaves Matamoros, Dirección de Farmacoepidemiología.

## **SOBRE EL PROYECTO DE LEY EN CUESTIÓN**

### **OBJETO DEL PROYECTO**

El presente proyecto tiene por objeto incrementar el impuesto por consumo de todas las bebidas envasadas sin contenido alcohólico excepto el agua envasada, con el destino específico para la Caja Costarricense de Seguro Social a efectos de que dichos fondos sean utilizados específicamente para la compra de medicamentos y vacunas de alto impacto financiero.

### **INCIDENCIA DEL PROYECTO**

Este proyecto de Ley es fundamental para que la Caja Costarricense de Seguro Social brinde el derecho humano al acceso a los medicamentos para cubrir las principales causas de morbi-mortalidad que afectan a nuestra población, brindar prevención a la población y suplir tratamientos de alto impacto financiero con innovaciones terapéuticas reales que resuelven problemas patológicos que afectan a grupos minoritarios de la población, garantizando la sustentabilidad del sistema.

Para que el proyecto de Ley, brinde los recursos económicos necesarios para ofrecer los medicamentos y vacunas de alto impacto financiero, es necesario retomar el planteamiento realizado con base al estudio inicial que determinó el incremento al impuesto específico por unidad de consumo, para que quede con el siguiente texto:

**Artículo 1.-** Incrementése el Impuesto específico por unidad de consumo para todas las bebidas envasadas sin contenido alcohólico, excepto el agua envasada, la leche y todos los productos contemplados en el registro que, al efecto, llevan el Ministerio de Salud y la Caja Costarricense de Seguro Social, cuando se trata de bebidas terapéuticas y de uso médico, utilizadas en los establecimientos sanitarios y hospitalarios del país, establecido en el artículo 9 de la Ley de Simplificación y Eficiencia Tributarias No. 8114, de 4 de julio de 2001, y sus reformas de la siguiente manera:

<b>TIPO DE BEBIDA</b>	<b>MONTO DEL INCREMENTO</b>
Bebidas gaseosas y concentrados de gaseosas	¢5.50
Otras bebidas líquidas envasadas	¢4.10

Para cumplir en forma satisfactoria con el gran bien social que se busca con este proyecto de Ley, es necesario proceder a la **derogación del artículo 3.- Vigencia.**

La razón de solicitar la derogatoria de este artículo, se fundamenta que al permitir a la Caja Costarricense de Seguro Social de disponer de un recurso económico que le permitirá cubrir las necesidades de pacientes que requieren medicamentos de alto impacto financiero y que a los sesenta meses se suspenda la fuente de financiación, va a generar dificultades en la Institución, ya que se generaron necesidades y compromisos en patologías que siguen requiriendo de los medicamentos y no se va a disponer de la fuente de financiamiento.

Debemos enfatizar que el acceso equitativo a los medicamentos y otras tecnologías sanitarias es un requisito para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud, y es una

prioridad mundial que debe considerarse según el principio que reconoce el grado máximo de salud que se pueda lograr para todos. La disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y asequibilidad de estos productos médicos y su uso racional pueden facilitarse mediante la adopción de políticas, marcos jurídicos y regulatorios e intervenciones integrales. No obstante, el costo creciente del acceso a productos médicos de alto impacto financiero plantea un reto particular para la sostenibilidad de los sistemas de salud.

Debemos señalar que varios productos nuevos de alto impacto financiero pueden contribuir significativamente a la mejora de la salud, tanto para patologías transmisibles como las no transmisibles. Sin embargo, no todas las moléculas nuevas aportan un valor sustancial; algunos medicamentos nuevos de alto costo podrían ofrecer solo ventajas marginales para la salud en comparación con medicamentos más antiguos de menor costo. Cabe señalar que el concepto del “alto costo” no está bien definido. Aunque hay que hacer una distinción entre el precio y la asequibilidad, algunos países han adoptado por definir el alto costo según el valor monetario del tratamiento (umbral), mientras que para otros se trata de un término relativo basado en costos desproporcionados con respecto a los costos previstos del tratamiento para el sistema de salud y su impacto financiero para los presupuestos de salud y la sostenibilidad del sistema. No obstante, los precios de los productos no son el único determinante de los costos para los sistemas de salud, ya que variables como la frecuencia y la duración del tratamiento influyen en el costo general de los productos médicos. Muchos productos comprendidos en la categoría de alto impacto financiero son productos farmacéuticos nuevos, productos biológicos (entre ellos vacunas), producidas y comercializadas por un solo fabricante (es decir, productos de fuente única) y, debido a la protección conferida por las patentes y la protección de datos, estos fabricantes tienen exclusividad en el mercado, no se enfrentan con competencia y tienden a seguir un comportamiento monopolístico en la determinación de los precios.

El acceso a medicamentos de alto impacto financiero es un motivo de preocupación para Caja Costarricense de Seguro Social. El acceso a este tipo de medicamentos puede salvar vidas; al mismo tiempo, el costo de estos productos puede aumentar extraordinariamente el riesgo de que las personas sufran dificultades económicas, empobrecimiento o se vean expuestas a gastos catastróficos, y puede constituir un reto para la sostenibilidad de nuestro sistema de salud.

También debemos considerar que pese a los esfuerzos y la inversión realizada por la Seguridad Social, para mejorar el acceso a los medicamentos, se han presentado demandas judiciales de pacientes o grupos de pacientes para forzar a la Institución a proporcionar acceso a ciertos medicamentos (proceso que se denomina “*judicialización de la salud*”). Con frecuencia el uso de estos medicamentos no se sustenta en la mejor evidencia científica disponible ni en decisiones sobre la eficacia y eficiencia (costo-efectividad). Por lo tanto, estos medicamentos no están contemplados dentro de los esquemas de financiamiento habituales de nuestro sistema de salud. Estas prácticas tienen un impacto importante en la calidad de la atención y en el incremento del gasto en medicamentos, así como en la sostenibilidad de nuestro sistema de salud.

A nivel de la Caja Costarricense de Seguro Social, un indicador que permite observar el grado de presión sobre las finanzas del Seguro de Salud, es el gasto en medicamentos considerados de alto impacto financiero, sobre el Seguro de Salud. Actualmente el gasto ya representa el 1% del gasto del Seguro de Salud. Sin embargo, es previsible que dado el cambio en el perfil epidemiológico (prevalencia de enfermedades crónicas y degenerativas), demográfico (envejecimiento de la

población), la presión del cambio tecnológico con la inclusión en la terapia farmacológica de medicamentos de origen biotecnológico y que tienen protección de propiedad intelectual, la judicialización de la salud, llevarán a un crecimiento del gasto de estos medicamentos.

Considerando sólo el gasto en medicamentos de alto impacto financiero ordenados por la Sala Constitucional en el año 2016, representó el 1,16% del presupuesto total de medicamentos.

Debemos señalar que medicamentos considerados de alto impacto financiero, su gasto crece a un ritmo mayor que el crecimiento del gasto de los medicamentos utilizados para resolver las principales causas de enfermedad y mortalidad que afectan a nuestra población, e incluso su ritmo de crecimiento supera al gasto total del Seguro de Salud. Este crecimiento es fácilmente explicable por los nuevos fármacos biotecnológicos, que en algunos casos superan el costo-tratamiento anual por paciente los \$200.000 dólares, como son los casos de Imigluserase y la Algasidasa, pero también se tienen medicamentos para el tratamiento de ciertos tipos de cáncer que superan los \$100.000 dólares por paciente en forma anual.

Si utilizamos la metodología de relacionar el gasto por habitante en medicamentos de alto impacto financiero con relación al PIB per cápita se observa que el país está realizando un gran esfuerzo (recordemos que el PIB por habitante representa el valor monetario de todos los bienes y servicios finales generados en el país, que le correspondería a cada habitante en una año dado si esa riqueza se repartiera igualitariamente) por adquirir medicamentos de alto impacto financiero para la atención de patologías que afectan a grupos de población minoritarios. La tendencia entre el PIB y gasto por habitante coincide con lo observado en el gasto total en medicamentos de alto impacto financiero se tiene un ritmo de crecimiento acelerado en los últimos años, al pasar de 1.5 ingresos per-cápita a 2.3 ingresos per-cápita en los últimos 4 años, lo que significa que cada tratamiento tiene un costo de \$ 24.610 por año.

No debemos dejar de mencionar que la Institución tiene una Política de Medicamentos Esenciales orientada a garantizar la disponibilidad de aquellos medicamentos para resolver las principales causas de enfermedad y de mortalidad de la población costarricense, con lo que se cubren las necesidades de la gran mayoría de habitantes del país (alrededor del 98%). Con el objetivo de cubrir las necesidades terapéuticas de la totalidad de la población, en la Lista Oficial de Medicamentos se ha concebido como un formulario terapéutico abierto, de modo que un médico pueda realizar una solicitud debidamente justificada de un medicamento no incluido en la Lista Oficial, para atender una necesidad excepcional de un paciente, que ya haya agotado las alternativas que ofrece la Institución.

Actualmente, en la Lista Oficial de Medicamentos de la CCSS están incluidos medicamentos de alto impacto financiero, debido a que han demostrado ser verdaderas innovaciones terapéuticas, con el objetivo de atender requerimientos de grupos limitados de pacientes. A la fecha, cerca del 27% del presupuesto del Seguro de Salud destinado a medicamentos, se invierte en adquirir fármacos para enfermedades que afectan a menos de 10,000 personas, lo que deja alrededor del 73% del presupuesto para cubrir la totalidad de la población.

Debemos considerar, además el tema de vacunas, en donde este País ha realizado un gran esfuerzo y brinda un esquema de vacunación muy completo. El alto volumen de población tributaria de recibir las vacunas, representa un impacto económico global muy significativo, con

algunas vacunas específicas que convierten esta intervención de alto impacto financiero, como es el caso de la vacuna pneumococcica conjugada 13 valente, la vacuna combinada pentavalente y la vacuna contra la influenza que representan una inversión de \$9,337,365 que corresponde al 4% del presupuesto de medicamentos de la CCSS. Esta intervención de vacunación es de las más costo-efectivas. A pesar de ser una intervención de Salud Pública destinada a toda la población, las vacunas mencionadas están siendo adquiridas en el País por la CCSS.

Medicamentos incluidos en la Lista Oficial de Medicamentos de Alto Impacto Financiero:

<b>Medicamento</b>	<b>Inversión anual CCSS</b>	<b>Costo de tratamiento por paciente</b>	<b>Enfermedad</b>
Factor VII recombinante humano	\$3.468.000,00	\$157.636	Hemofilia
Trastuzumab	\$9.647.244,00	\$27.252	Cáncer de mama HER-2 +
Imatinib	\$5.244.307,00	\$17.155	Leucemia Mieloide Crónica
Rituximab	\$5.749.603,20	\$19.165	Linfomas y Leucemias. Artritis Reumatoide
Etanercept	\$4.190.725,00	\$11.600	Artritis Reumatoide
Interferon beta 1 a	\$2.186.286,00	\$7.288	Esclerosis Múltiple
<b>Inversión total anual:</b>	<b>\$30.486.165</b>		

Ejemplos de medicamentos de alto impacto financiero actualmente en análisis para valorar el apoyo a su uso en la CCSS que se podrían financiar con los recursos frescos que se espera obtener:

<b>Medicamento</b>	<b>Costo de tratamiento por paciente</b>	<b>Cantidad de pacientes proyectados por año</b>	<b>Impacto presupuestario estimado</b>	<b>Enfermedad</b>
Fingolimod	\$28.000	50	\$1.400.000	Esclerosis Múltiple
Sunitinib	\$28.000	30	\$840.000	Cáncer renal de células claras
Pertuzumab	\$48.600	90	\$4.374.000	Cáncer de mama HER-2 +
Vacuna rotavirus	\$12,8	75.000	\$960.000	Diarrea en niños
<b>Inversión total requerida</b>	<b>\$7.574.000</b>			

Ejemplos de medicamentos de alto impacto financiero adquiridos actualmente en la CCSS por orden de la Sala Constitucional:

Medicamento	Inversión anual CCSS	Costo de tratamiento por paciente	Enfermedad
Abiraterona	\$1.578.450	\$52.615	Cáncer de próstata
Vemurafenib	\$1.472.606	\$147.261	Melanoma
Pembrolizumab	\$337.674	\$112.800	Melanoma
Agalsidasa beta	\$565.116	\$282.558	Enfermedad de Fabry
Imiglucerasa	\$476.206	\$476.206	Enfermedad de Gaucher
<b>Inversión anual estimada:</b>	<b>\$4.521.052</b>		

Los ejemplos señalados, más vacunas, representan un requerimiento financiero de ¢29,490,322, millones de colones, por lo tanto los ¢10,000 millones que puede producir la Ley para la Adquisición solidaria de Medicamentos y Vacunas de Alto Impacto Financiero, corresponde al 34% de la necesidad real estimada.

En cuanto al tema de vacunas, es importante señalar que la Procuraduría General de la República, en el dictamen C-025-2016 de fecha 03 de febrero del 2016, señaló:

*“(...) la Ley Nacional de Vacunación, N.º 8111 de 18 de julio de 2001, ha establecido, de forma expresa en su artículo 2, como finalidad pública procurar un acceso efectivo de la población a la vacunación, en especial, para la niñez, los inmigrantes y los sectores ubicados por debajo del índice de pobreza.*

*En este sentido, el artículo 3 de la Ley Nacional de Vacunación ha prescrito que las autoridades deben definir un esquema básico oficial de vacunas que se aplica a toda la población, y esquemas especiales dirigidos a grupos de riesgo específicos. Las vacunas incluidas en estos esquemas son obligatorias para la población.*

*Concretamente, de acuerdo con el artículo 3 de la Ley Nacional de Vacunación, corresponde tanto a la Caja Costarricense del Seguro Social como al Ministerio de Salud coordinar con la Comisión Nacional de Vacunación y Epidemiología, la elaboración tanto del Esquema Básico como de los Esquemas Especiales de Vacunación:*

*“Artículo 3º-Obligatoriedad. De conformidad con la presente Ley, son obligatorias las vacunaciones contra las enfermedades cuando lo estime necesario la Comisión Nacional de Vacunación y Epidemiología, que se crea en esta Ley, en coordinación con el Ministerio de Salud y la Caja Costarricense de Seguro Social.*

*Las vacunas aprobadas deberán suministrarse y aplicarse a la población, sin que puedan alegarse razones económicas o falta de abastecimiento en los servicios de salud brindados por instituciones estatales.*

*Estas vacunas aprobadas se refieren al esquema básico oficial que se aplique a toda la población, y a las vacunas para esquemas especiales dirigidos a grupos de riesgo específicos.*

*La Comisión Nacional de Vacunación y Epidemiología deberá elaborar una lista oficial de vacunas, que se incluirá en el Reglamento de la presente Ley. La lista podrá ser revisada y analizada periódicamente, atendiendo los frecuentes cambios tecnológicos en este campo”.*

*Así las cosas, debe indicarse que la Ley Nacional de Vacunación ha creado una política social global para que tanto la Caja Costarricense del Seguro Social como el Ministerio de Salud, coordinen sus acciones para procurar el acceso de la población a los esquemas obligatorios de vacunación. En este sentido, cabe citar lo dicho por la Sala Constitucional en el voto N° 11648 - 2000 de las 10:14 horas del 22 de diciembre de 2000 – resolución que evacuó la consulta legislativa de constitucionalidad del proyecto de Ley que hoy es la Ley N° 8111-:*

*“Es así que dentro de una política social global dirigida a solucionar los efectos de las deficiencias sociales, la observancia del principio de la coherencia de los fines, determina que se armonicen las acciones sobre condiciones de trabajo, seguridad social, educación, vivienda, nutrición y población con las de la salud, por la conexidad e interdependencia de una y otra”. (...)*

*Es decir, que el Legislador ha diseñado la Comisión Nacional de Vacunación y Epidemiología de una forma tal que para su funcionamiento, las instituciones con representantes en ella, deben efectivamente coordinar y colaborar entre si. Sobre este punto, conviene transcribir otra vez lo dicho en el dictamen C-361-2005:*

*“Vistas así las cosas, en esta materia -selección, adquisición y disponibilidad de vacunas en todo el territorio nacional, con el fin de permitir al Estado velar por la salud de la población-, los órganos y entes del sector salud deben establecer los mecanismos e instancias necesarias entre ellos para alcanzar el objeto de la ley N° 8111. Máxime que en el presente caso, la entidad aseguradora cuenta con cuatro miembros en la Comisión Nacional de Vacunación y Epidemiología, lo que le garantiza una posición dominante en este órgano colegiado. Además, la misma Ley N° 8111 le impone el deber de coordinar en una serie ámbitos, tales como: los programas nacionales de vacunación, en los esquemas y las vacunas y las campañas nacionales de vacunación. Como es bien sabido, la potestad de coordinación que le impone el ordenamiento jurídico a los entes y órganos de la Administración Pública sí resulta compatible con la autonomía de gobierno, independientemente de su grado, pues la función administrativa que de esta se deriva no conlleva un desmembramiento ni un traslado de los ámbitos competenciales o decisorios a otros órganos o entes de la Administración Pública. Más aún, por razones*

*lógicas, de conveniencia y de justicia (artículo 16 de la Ley General de la Administración Pública), así con base en los principios de unidad estatal, razonabilidad y proporcionalidad, la labor de coordinación debe ser desplegada por los órganos y entes públicos para satisfacer de la mejor manera los intereses públicos y aprovechar al máximo los escasos recursos con que cuenta la Administración Pública”.*

*Es decir que la Ley Nacional de Vacunación ha creado un sistema de coordinación y cooperación para que la Caja Costarricense del Seguro Social y el Ministerio de Salud armonicen sus acciones en materia de vacunación.*

*No obstante, es claro que el sistema de coordinación creado por la Ley Nacional de Vacunación no ha sustituido a la Caja Costarricense del Seguro Social ni al Ministerio de Salud en sus competencias en materia vacunación.*

*En efecto, debe tomarse nota de que el artículo 15.a, in fine, de la Ley Nacional de Vacunación expresamente dispone que tanto la Caja Costarricense del Seguro Social como el Ministerio de Salud deben incluir en sus respectivos planes de presupuesto los montos necesarios para adquirir las vacunas y sufragar los gastos administrativos que generen sus propios y respectivos programas de vacunación:*

*“Artículo. 15*

*A) (...)Ambas instituciones, en la medida de sus posibilidades, incluirán en sus respectivos planes de presupuesto, los montos necesarios para adquirir las vacunas y sufragar los gastos administrativos que generen los programas de vacunación”.* (...)

*No obstante, es claro que, bajo la Ley Nacional de Vacunación, tanto el Ministerio de Salud como la Caja Costarricense del Seguro Social retienen sus competencias para desarrollar sus respectivos programas de vacunación y para financiar la adquisición de las vacunas que se requieren para tales efectos. Por supuesto, estos programas de vacunación deben desarrollarse dentro del marco del plan nacional de vacunación y conforme lo que se disponga en los esquemas de vacunación aprobados. Lo anterior, sin perjuicio de la función que la Ley le asigna al Fondo Nacional de Vacunas.”*

Por lo planteado, para hacerle frente a la creciente demanda de medicamentos de alto impacto financiero, la CCSS tendría que sacrificar el presupuesto destinado a otros rubros como infraestructura, tecnologías, con lo que se puede llegar a afectar la calidad del servicio brindado y el acceso de los pacientes tributarios a procedimientos, por ejemplo cirugías.

La adquisición solidaria viene a representar un recurso externo a la Institución designado exclusivamente para la adquisición de los medicamentos y vacunas de alto impacto financiero, dirigidos a resolver patologías que afectan a grupos minoritarios y fortalecer el programa de vacunas, de tal manera que la Institución pueda seguir disponiendo de los

recursos económicos para adquirir los medicamentos necesarios para resolver las principales causas de morbi-mortalidad que afectan a nuestra población, como la Diabetes, la Hipertensión Arterial, la Cardiopatía isquémica, el Asma, etc.

Reiteramos que para la Caja Costarricense de Seguro Social es de vital importancia la aprobación de este proyecto de Ley, que le permitirá cumplir con los postulados de la Seguridad Social de Universalidad, Equidad, Solidaridad, Subsidiaridad, permitiendo continuar con su política de medicamentos esenciales y resolver los casos que requieren de medicamentos de alto impacto financiero, como son los nuevos agentes biológicos, garantizando el cumplimiento del ejercicio del Derecho a la Salud, pero a la vez garantizando la sustentabilidad del sistema de salud y cumpliendo con la resolución del Consejo de Derechos Humanos de las Naciones Unidas, en la resolución tomada el 1 de julio 2016, que ha reconocido que el acceso a los medicamentos es *“uno de los elementos fundamentales para lograr progresivamente la plena realización del derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y salud mental”*.

No obstante lo anterior, se recomienda modificar el artículo 3 del proyecto planteado, en torno al tema de la vigencia.

## CONCLUSION

Esta Gerencia de conformidad con los criterios externados, considera que el presente Proyecto de Ley, resulta favorable para la Institución, toda vez el mismo está orientado exclusivamente a garantizar el derecho al acceso de medicamentos y vacunas de alto costo a la población que así lo requiera, manteniendo la sustentabilidad del sistema de salud. No obstante, se recomienda modificar o derogar el artículo 3 del proyecto planteado, en torno al tema de la vigencia.

## RECOMENDACIÓN Y PROPUESTA DE ACUERDO

Por lo tanto, en relación a la consulta realizada por la Comisión Permanente de Asuntos Jurídicos de la Asamblea Legislativa, sobre proyecto de ley tramitado bajo el expediente N° 20144 **“LEY PARA LA ADQUISICIÓN SOLIDARIA DE MEDICAMENTOS Y VACUNAS DE ALTO IMPACTO FINANCIERO DE LA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL”** y, tomando en consideración lo anteriormente señalado, la Gerencia Médica recomienda a la Junta Directiva manifestar la no oposición al proyecto consultado, toda vez que el mismo está orientado a coadyuvar a la Institución con fondos dirigidas a garantizar el derecho al acceso de medicamentos y vacunas de alto costo a la población que así lo requiera, manteniendo la sustentabilidad del sistema de salud. No obstante, se recomienda retomar los montos de incremento planteados en el estudio inicial que determinó el incremento requerido de ₡5,50 a las bebidas gaseosas y concentrados y ₡4,10 a otras bebidas líquidas envasadas, así como eliminar el artículo 3 del proyecto planteado, en torno al tema de la vigencia”.

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

a)



**PROYECTO DE LEY 20144 "LEY PARA LA ADQUISICION SOLIDARIA DE MEDICAMENTOS DE ALTO IMPACTO FINANCIERO PARA LA CCSS"**

**OBJETO:** El presente proyecto tiene por objeto incrementar el impuesto por consumo de todas las bebidas envasadas sin contenido alcohólico excepto el agua envasada, con el destino específico para la Caja Costarricense de Seguro Social a efectos de que dichos fondos sean utilizados específicamente para la compra de medicamentos y vacunas de alto impacto financiero.

b)



c)

### INCIDENCIA

Este proyecto de Ley es fundamental para que la Caja Costarricense de Seguro Social brinde el derecho humano al acceso a los medicamentos para cubrir las principales causas de morbi-mortalidad que afectan a nuestra población, brindar prevención a la población y suplir tratamientos de alto impacto financiero con innovaciones terapéuticas reales que resuelven problemas patológicos que afectan a grupos minoritarios de la población, garantizando la sustentabilidad del sistema.

Recursos necesarios para ofrecer estos medicamentos es necesario retomar el planteamiento realizado con base en el estudio inicial que determino el incremento al impuesto específico por unidad en consumo para que quede:

Tipo de bebida	Monto incremento
Bebidas gaseosas y concentrados	₡5,50
Otras bebidas líquidas envasadas	₡4,10

d)

- Para cumplir en forma satisfactoria con el gran bien social que se busca con este proyecto de Ley, es necesario proceder a la **derogación del artículo 3.- Vigencia.**
- El gasto en medicamentos de alto impacto financiero ordenados por la Sala Constitucional en el año 2016, representó el 1,16% del presupuesto total de medicamentos.

e)

**Medicamentos incluidos en la Lista Oficial  
de Medicamentos de Alto Impacto  
Financiero:**

Medicamento	Inversión anual CCSS	Costo de tratamiento por paciente	Enfermedad
Factor VIII recombinante humano	\$3.468.000,00	\$157.636	Hemofilia
Trastuzumab	\$9.647.244,00	\$27.252	Cáncer de mama HER-2 +
Imatinib	\$5.244.307,00	\$17.155	Leucemia Mieloide Crónica
Rituximab	\$5.749.603,20	\$19.165	Linfomas y Leucemias, Artritis Reumatoide
Etanercept	\$4.190.725,00	\$11.600	Artritis Reumatoide
Interferon beta 1a	\$2.186.286,00	\$7.288	Esclerosis Múltiple
<b>Inversión total anual:</b>		<b>\$30.486.165</b>	

f)

Ejemplos de medicamentos de alto impacto financiero actualmente en análisis para valorar el apoyo a su uso en la CCSS que se podrían financiar con los recursos frescos que se espera obtener:

Medicamento	Costo de tratamiento por paciente	Cantidad de pacientes proyectados por año	Impacto presupuestario estimado	Enfermedad
Finoplimod	\$28.000	50	\$1.400.000	Esclerosis Múltiple
Sunitinib	\$28.000	30	\$840.000	Cáncer renal de células claras
Pertuzumab	\$48.600	90	\$4.374.000	Cáncer de mama HER-2 +
Vacuna rotavirus	\$12,8	75.000	\$960.000	Diarrea en niños
<b>Inversión total requerida</b>			<b>\$7.574.000</b>	

g)

- Los ejemplos señalados, representan un requerimiento financiero de ¢ 24,186,000,000 (millones de colones), por lo tanto los ¢ 10,000,000 millones que puede producir la Ley para la Adquisición Solidaria de Medicamentos y Vacunas de Alto Impacto Financiero, corresponde al 41% de la necesidad real estimada.

h) Recomendación y propuesta de acuerdo:

Por lo tanto, en relación a la consulta realizada por la Comisión Permanente de Asuntos Jurídicos de la Asamblea Legislativa, sobre proyecto de ley tramitado bajo el expediente N° 20144 “**LEY PARA LA ADQUISICIÓN SOLIDARIA DE MEDICAMENTOS Y VACUNAS DE ALTO IMPACTO FINANCIERO DE LA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL**” y, tomando en consideración lo anteriormente señalado, la Gerencia Médica recomienda a la Junta Directiva manifestar la no oposición al proyecto consultado, toda vez que el mismo está orientado a coadyuvar a la Institución con fondos dirigidas a garantizar el derecho al acceso de medicamentos y vacunas de alto costo a la población que así lo requiera, manteniendo la sustentabilidad del sistema de salud. No obstante, se recomienda retomar los montos de incremento planteados en el estudio inicial que determinó el incremento requerido de ¢5,50 a las

bebidas gaseosas y concentrados y ¢4,10 a otras bebidas líquidas envasadas, así como eliminar el artículo 3 del proyecto planteado, en torno al tema de la vigencia.

La Licda. Ana María Coto se refiere al Proyecto de Ley N°20.144, “Ley para la adquisición solidaria de medicamentos y vacunas de alto impacto financiero de la Caja Costarricense de Seguro Social”. El cual pretende incrementar el impuesto de lo que son el consumo de todas las bebidas embazadas sin contenido alcohólico, excepto lo que es el agua embazada y los que tienen registro del Ministerio de Salud y de la Caja Costarricense de Seguro Social, con un destino específico. Los fondos serían destinados a la Institución para que sean utilizados en la adquisición, compra de medicamentos y vacunas de alto impacto financiero para la Caja. El contenido del proyecto de ley se estructura en tres artículos, en un primer artículo se establece el incremento del impuesto, básicamente, en tres colones con cincuenta céntimos, para lo que son gaseosas y concentrados y dos colones para lo que son embazados. Lo que se indica es que se estarían girando diez mil millones de colones anuales a la Institución, para la compra de medicamentos y vacunas de alto impacto financiero en la Caja y establece un artículo 3°, el establece una vigencia con un rige de sesenta meses, a partir de la fecha en que empiece a regir el proyecto como tal. Referente a la incidencia del proyecto, se determinó que es provechoso para la Institución, porque le va a permitir realizar compras de medicamentos y vacunas. Es importante retomar que en su momento, cuando se presentó el estudio inicial para determinar el incremento al impuesto como tal, se especificó que fuera para bebidas y gaseosas concentradas en un colón con cincuenta céntimos y para otras bebidas líquidas embazadas cuatro colones con diez céntimos. Sin embargo, el proyecto viene planteado con un menor valor en el monto implementado, porque es importante tomar en consideración. Por otra parte, el artículo 3° es el que viene a establecer una vigencia, porque solamente se indica que el proyecto va a tener una vigencia de sesenta meses. Entonces, para ese efecto se procedería a recomendar la eliminación como tal del artículo y que se establezca de per sé. Es importante tomar en consideración que los gastos de medicamentos de alto impacto financiero, todos los recursos de amparo que se planteen, son declarados con lugar y le ordenan a la Institución, realizar la compra de ese tipo de medicamentos. En ese aspecto, el Dr. Albin Chaves pueda aclarar. Los medicamentos de alto impacto financiero, en el año 2016 representaron un 1.16% del presupuesto total de medicamentos. Se refiere a los medicamentos que están incluidos en la Lista Oficial de Medicamentos (LOM), los cuales son de un alto impacto financiero y tienen una inversión total anual de treinta millones de dólares. Son ejemplos de alto impacto financiero y, actualmente, se usan en la Institución y estarían siendo financiados, con el presupuesto que, eventualmente, a raíz de este proyecto de ley, no se ha asignado y los ejemplos señalados, representan el requerimiento financiero de veinticuatro mil millones de colones. Por lo tanto, los diez mil millones de colones que, eventualmente, se le estarían asignando anualmente a la Institución, pueden producir impacto en la Ley de Adquisición de Medicamentos y las Vacunas, porque estaría representando un 41% del costo de las vacunas, sería lo que se tiene de necesidad real estimada. Dado lo anterior, la recomendación y la propuesta de acuerdo es manifestar la no oposición al proyecto de ley, toda vez que el mismo está orientado a coadyuvar a la Institución con fondos dirigidos, a garantizar el derecho al acceso de medicamentos y vacunas de alto costo, a la población que así lo requiere, manteniendo la sustentabilidad del Sistema de Salud. No obstante, se recomienda retomar los montos de incremento planteados en el estudio inicial, en el cual se determinó el requerimiento requerido de un 5.5% para las bebidas gaseosas y concentrados y de cuatro colones con diez centavos, para otras bebidas líquidas embazadas, así

como eliminar el artículo 3° del proyecto de ley, relacionado con el tema de lo que es la vigencia del proyecto.

Pregunta la Directora Soto Hernández quienes son los que promovieron el Proyecto de Ley.

La Licda. Coto Jiménez responde que son varios Diputados.

Al Director Devandas Brenes le parece bien el asunto, porque sería, eventualmente, para el financiamiento de vacunas. Le parece que se debe señalar cuál es el monto anual en vacunas, porque solo observó los medicamentos de alto costo.

La Dra. Sáenz Madrigal le indica a don Albin Chaves que la petición de don Mario Devandas, es para que se incluya una justificación en la que se indique que el monto contemplado en el proyecto de ley, no es para el pago total de las vacunas, porque solo se cubriría un porcentaje del costo anual, dado el esquema básico de vacunación.

Señala el doctor Devandas Brenes que para hacer el cálculo del costo de las vacunas, habría que sumar al costo de los medicamentos de alto costo, el costo de las vacunas y extraer los diez mil millones de colones sobre esa suma. Supone que el excluir a las bebidas alcohólicas o con contenido alcohólico, obedece a qué probablemente ya tienen altos impuestos, pero ese aspecto le parece que convendría indicarlo. Conoce que el proyecto de ley, aunque surgió de la Caja, especialmente, por la participación de don Albin Chaves, al final la propiedad intelectual es de los Diputados que presentan el proyecto de ley, pero el hecho de que no se le ponga impuesto a las bebidas de contenido alcohólico. Repite, obedece probablemente a qué ya tienen impuestos elevados, pero sino se explicita ese aspecto, eventualmente, se generará un ataque en el que se indique, que a los refrescos gaseosos y a las aguas se les está imponiendo un impuesto y a las bebidas alcohólicas no.

Abona la doctora Sáenz Madrigal que los recursos de la Ley de Licores, ya tiene destinos para el sector de la salud.

Señala el Director Devandas Brenes que es para efectos de la persona que lea el proyecto de ley, entienda el por qué.

El Dr. Chaves Matamoros apunta que conoce que la Junta Directiva, tiene una extraordinaria experiencia, pero se va a hacer referencia de una realidad. En el asunto se ha venido avanzando muy bien, el proyecto de ley fue presentado en la respectiva Comisión. La Presidencia Ejecutiva y él, fueron a la Comisión de Jurídicos y les produjo satisfacción observar a los Diputados, apoyar la iniciativa, incluso, el límite de diez mil de colones, pero que todos los recursos que se recaudaran, serían destinados para la Caja. El otro punto fue sobre la vigencia de proyecto de ley, en ese sentido, el Diputado Atencio vía moción, eliminó la vigencia a sesenta meses. El punto importante es que hay presión es muy fuerte y es uno de los puntos que se quiere eliminar. Repite, la presión es fuerte, porque son grupos muy fuertes, hay una cámara que ha estado conversando con los Diputados del asunto y tienen 47 firmas y en la Caja ayer tuvieron una reunión. La señora Geannina Dinarte Romero, Ministra del Ministerio de Economía, Industria y Comercio y el Diputado don Rafael Ortiz, han impulsado el proyecto de ley; así como el Presidente de la Comisión de Jurídicos, el Diputado Jiménez Succar. Lo planteado fue lo

siguiente, se aproxima la elección en la Asamblea Legislativa el primero de mayo, probablemente, se modifica su Directorio, además, se podría generar un cambio en las Comisiones y uno de los puntos fundamentales, es el proyecto de ley pudiese ser dictaminado. La única consulta formal que se hizo fue a la Caja y ayer conversó con la señora Ministra de Economía, Industria y Comercio y le comentó que existen muchas presiones, y se le hizo una consulta rápida acelerada. Entonces, si la Junta Directiva aprueba la propuesta de acuerdo en firme y se envía a la Asamblea Legislativa, no se va a conocer en el plenario el próximo martes siguiente a Semana Santa, pero se podría presentar la última semana del mes de abril de este año y es antes de la elección del Directorio, por lo que si se dictamina el proyecto de ley, se fortalecerá. Entonces, uno de los consejos de la señora Geannina Dinarte, fue en términos de que se reunieran con el Presidente de la Cámara de la Industria Alimentaria (CACIA) y lo contactó, y el Presidente de CACIA los contactó con el Director Ejecutivo, porque CACIA, probablemente, una de las preocupaciones que había externado, es que tiene que cumplir un determinado período, tienen stock y la aprobación de la ley les generaría pérdidas. Entonces, si la Caja estaba de acuerdo, que la Ley empiece a regir seis meses después de que se apruebe y se ratifique. En ese sentido, les interesaba mucho el asunto, porque le mencionaron a don Renato y a doña Marielos, para que fueran a conversar con el Director Ejecutivo de CASIA, para que se reunieran y se le explicara el bien social, porque lo que se quería hacer es un estudio de econométrico. No obstante, el incremento no es significativo, probablemente, la elasticidad del consumo no va a ser afectado, porque se tardarían seis meses en aplicar la Ley. Entonces, es la razón por la cual se cree que era importante presentar el proyecto de ley, para determinar si los Miembros de la Junta Directiva, están de acuerdo para, entonces, buscar la cita e ir y explicarle con información al Director Ejecutivo de CASIA, entre otros. Por lo que en la consulta se tendría que señalar que rige seis meses después de que se aprueba la ley.

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

**Por consiguiente**, habiéndose hecho la presentación respectiva por parte de la licenciada Ana María Coto Jiménez, Asesora de la Gerencia Médica, tomando en consideración lo anteriormente señalado, con base en lo deliberado y con la recomendación de la Gerencia Médica, la Junta Directiva –por mayoría- **ACUERDA** manifestar la no oposición al proyecto consultado, toda vez que está orientado a coadyuvar con la Institución con fondos dirigidos a garantizar el derecho al acceso de medicamentos y vacunas de alto costo a la población que así lo requiera, manteniendo la sustentabilidad del sistema de salud. No obstante, se recomienda retomar los montos de incremento planteados en el estudio inicial que determinó el incremento requerido de ¢5,50 (cinco colones con cincuenta céntimos) a las bebidas gaseosas y concentrados y ¢4,10 (cuatro colones con diez céntimos) a otras bebidas líquidas envasadas, así como eliminar el artículo 3 del Proyecto planteado, en torno al tema de la vigencia.

Ingresa al salón de sesiones el Director Gutiérrez Jiménez.

### **ARTICULO 38°**

Por mayoría, en vista de que vota negativamente el Director Alvarado Rivera, **se da la firmeza** a lo acordado en el artículo 37° de esta sesión.

**ARTICULO 39°**

Se tiene a la vista el oficio que firma la señora Gerente Médico, N° GM-SJD-20994-2017, de fecha 3 de abril en curso, por medio del que se presenta el Informe I Semestre Proyecto “Abordaje listas de espera quirúrgica del Hospital San Vicente Paúl”, cumplimiento artículo 4°, sesión N° 8846 y de los Proyectos:

- Jornadas de Producción Gastroenterología Hospital Escalante Pradilla.
- “Disminuir en tiempo la cantidad de estudios por ultrasonidos del área de atracción del Hospital La Anexión”.
- “Jornadas de producción quirúrgica de salpingectomías Hospital de Guápiles”.
- “Abordaje de listas de espera de ultrasonidos del Hospital San Vicente de Paúl.
- Para la lectura de mamografías, Unidad Técnica de Listas de Espera.
- Jornadas de Producción Hospital México.

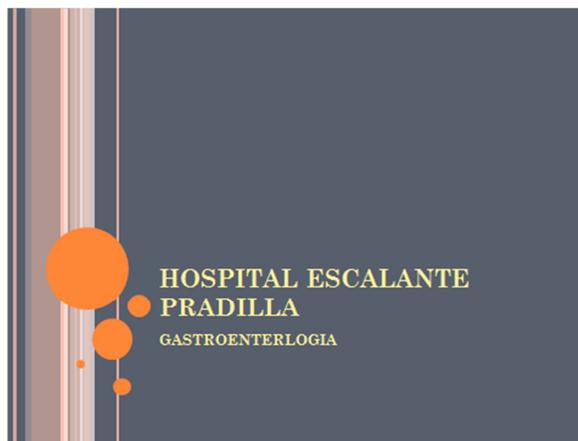
Ingresa al salón de sesiones la licenciada Ana María Coto Jiménez, Asesora de la Gerencia Médica.

Ingresa al salón de sesiones el doctor Luis Carlos Vega Martínez, Director Regional de Servicios de Salud de la Región Brunca, quien se refiere a los resultados de las Jornadas de Producción de Endoscopías Servicio de Gastroenterología – Hospital Escalante Pradilla, y se apoya en las láminas que se especifican:

1)



2)



3)

### Jornadas de Producción de Endoscopías Servicio de Gastroenterología – HEP

#### Generalidad del Proyecto

Listas de espera general de área de atención (número de registros) : 34.120

Plazo de espera promedio (días): 300 días

Listas de espera depuradas y certificadas por el Director Médico: Si X No \_\_\_

Listas de espera de la especialidad Gastroenterología que impacta a la proyecto: 3.123 (1.850/1.273).

Plazo de espera promedio (días) de la especialidad del proyecto: 326 (321/333).

Cantidad de registros de pacientes en la lista general por año de registro:

Año	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Total
Cantidad de registros	0	0	83	125	65	772	6.797	21.561	29.403

Cantidad de registros de pacientes en la lista de la especialidad por año de registro:

Año	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Total
Cantidad de registros	0	0	0	0	0	2	972	2.149	3.123

#### Capacidad Instalada de Establecimiento e indicadores de Gestión

Número total de Torres Endoscópicas: 2 Número de equipos de Torres Endoscópicas habilitados: 2

Cantidad de Gastroenterólogos (Tiempos completos) en I turno ordinario: 2

Horas designadas por semana a la actividad del proyecto ( horas/ porcentaje en relación con la distribución total de horas) 20/2,4%\* (apoyo de red).

4)

### Jornadas de Producción de Endoscopías Servicio de Gastroenterología – HEP

Cantidad campos de estudios endoscópicos de consulta externa por mes:

Meses	Campos asignados por agenda	Cantidad de endoscopías realizadas de la agenda
Julio	191/56	143/40
Agosto	198/64	148/47
Setiembre	228/41	179/33
Octubre	177/41	136/32
Noviembre	210/35	161/26
Diciembre	228/69	176/50

#### Meta del proyecto e Impacto

Meta con unidad de medida: 1.402 (G-1000 y C-402) Número de Jornadas de trabajo: 167 (G-100 y C67).

Impacto en la lista general en días promedios y cantidad de registros: El plazo general de la lista de espera de procedimientos no se modificará considerablemente, ya las endoscopías representan el 9.15% del total de la lista de espera, el proyecto tiene un impacto significativo en el diagnóstico - tamizaje oportuno de la detección del cáncer del aparato digestivo, tomando en consideración la alta incidencia y mortalidad del cáncer gástrico y de colón a nivel país y a nivel de la región.

Impacto en la lista de la especialidad del proyecto en promedio de días y cantidad de registro: 192 (189/196)/1.931.

Presupuesto requerido (partida 2043): € 177.547.743,50.

En cuanto a las Jornadas de Producción Gastroenterología Hospital Escalante Pradilla, señala el Dr. Luis Carlos Vega Martínez que la idea, es presentar la propuesta de proyecto de Jornada de Producción del Servicio de Gastroenterología, básicamente, para resolver lo que son endoscopías digestivas, gastroscopias y colonoscopías. Como generalidad del proyecto se tiene que el Hospital Escalante Pradilla, tiene alrededor de 34.120 registros de lo que son procedimientos diagnósticos de la Consulta Externa. El plazo promedio de espera para la atención de esos casos de la lista de espera, es de alrededor de 300 días. Se ha hecho un gran esfuerzo a nivel de toda la

Región y los Directores Médicos, están certificando de manera mensual la lista de espera. La Dirección Regional ha tenido una participación directa, en lo que es el proceso de depuración de la lista de espera de los cinco hospitales, para tratar de tener una aproximación de la realidad de lo que está sucediendo a nivel regional. La lista de espera de gastroenterología, la cual es la propuesta que se está presentando, corresponde a 3.123 registros, es decir, el 9.5% de la lista total. De los cuales se tienen 1.800 gastroscopias y 1.273 colonoscopia. El plazo promedio de esos procedimientos es a 326 días y 321 días para resolver las gastroscopias y 333 días para atender las colonoscopías. Es el registro de la totalidad de los diagnósticos pendientes de algún tipo de procedimiento en la Región. Además, se tienen 83 casos que corresponde a fondo de ojos, son los casos más antiguos que se tienen a nivel de la Región. Lo anterior, por cuanto había una situación, en términos de que los técnicos de Optometría, no se estaban formando y son los que hacen los fondos de ojo, entonces, ese aspecto ha generado el rezago, en lo que son los diagnósticos preventivos. Por otro lado, el gran volumen de los procedimientos que se tienen pendientes son ultrasonidos, sin embargo, por la oportunidad que representa lo que es el cáncer del tracto digestivo, tanto el cáncer gástrico como el cáncer de colon, es la propuesta que se está presentando. En relación con la capacidad instalada y el indicador de gestión, se tiene que el Hospital tiene dos Torres de Endoscopia y dos gastroenterólogos trabajando a tiempo completo en el primer turno.

Pregunta el Director Devandas Brenes si los registros de los pacientes son por la especialidad, porque se pasó de año 2015 o el año 2016 de 982 pacientes a 2.149 casos.

Responde el Dr. Vega Martínez que corresponden al Hospital de Ciudad de Neily, porque se trabajan en red. En ese sentido, el Hospital de Ciudad Neily recibió una Médica Especialista en Gastroenterología, pero está embarazada y la lista de casos quedó pendiente de ser atendida, entonces, el período de gestación que es el período de licencia, se contempla como parte del Área de Servicios Sociales. En ese sentido, lo que hizo fue generar una cantidad de pacientes que engrosó la lista de espera del Hospital. Se refiere a dos especialistas que trabajan a tiempo completo en dos turnos, las horas designadas por semana para la actividad del proyecto, corresponde a 20 horas, lo que representa un 2.4% desde la propuesta que se va a contemplar. Sin embargo, se está produciendo un trabajo en red, dado que el Hospital de Escalante Pradilla es el centro de referencia de toda la Región y el Hospital de Ciudad Neily, recibió un gastroenterólogo por el Servicio Social, igual un gastroenterólogo para el Hospital de Golfito. En esos términos, la idea es que la lista de espera del Hospital Escalante Pradilla, sea abordada no solo por ese Hospital, sino que sea un trabajo también para los gastroenterólogos, porque esa cantidad de pacientes que se tienen, están distribuidos o son pacientes de toda la Red del Sur Sur. Entonces, que los pacientes que son del Cantón de Corredores y Coto Brus, sean abordados por el Hospital de Ciudad Neily y los pacientes de Osa y Golfito, sean resueltos en el Hospital de Golfito, porque tiene Gastroenterólogo. Además, los pacientes de Buenos Aires y del Cantón de Pérez Zeledón, sean atendidos en el Hospital de Escalante Pradilla, por lo que se generará un fortalecimiento en la Red, para resolver y satisfacer la lista de espera.

El doctor Devandas Brenes pensó que esa lista de la especialidad, era solo del Hospital Escalante Pradilla.

El doctor Vega aclara que esa lista de espera, corresponde a todo el Escalante Pradilla y a toda la red. No obstante, el Hospital Escalante Pradilla es el centro de referencia de toda la Región.

A don Mario le llama la atención que en el año 2014 habían dos casos, en el año 2015 son 972 y en el año 2016 se duplica la cantidad de pacientes, pregunta si existe alguna explicación.

El doctor Vega Martínez responde que al Hospital se incorporaron dos Gastroenterólogos.

Manifiesta el Director Devandas Brenes que, entonces, la oferta creó la demanda.

Continúa el Dr. Vega y anota que la pregunta que hace don Mario es válida, porque esos datos que están de los años 2015-2016, son producto del apoyo del Hospital San Juan de Dios y los médicos especialistas en Medicina Interna y Gastroenterología, porque fueron a revisar los pacientes que estaban en lista de espera del Cantón de Coto Brus, dado que a nivel de toda la Región Brunca, el Cantón de Coto Brus es la que tiene la mayor tasa de incidencia y de mortalidad en cáncer gástrico. En ese sentido, tomando en cuenta esa situación de que los pacientes, estaban ya esperando más de un año para las gastroscopias y alrededor de dos años para las colonoscopias, se hizo ese trabajo en red para el Hospital San Juan de Dios. De hecho el doctor Sibaja, es Jefe de Sección de Servicio de Medicina Interna, los apoyó para enviar el Gastroenterólogo y el Residente de Medicina Interna del último año, para el Cantón de Coto Brus, con el fin de que se revisara los pacientes adultos mayores de 65 años en adelante, fueron revisados y se generó una gran cantidad de gastroscopias. Entonces, son los efectos en dominó que incrementaron el volumen de pacientes en el año 2016. En esos términos el trabajo se hizo en conjunto con la Red en el Hospital San Juan de Dios, más lo que generó la Gastroenteróloga la cual estuvo solo tres meses y, luego, se retiró por su embarazo. Reitera, se incluyeron los pacientes que se empezaron a generar en el Hospital de Golfito y el Hospital de Ciudad Neily, nuevamente, con el servicio social. Destaca que el año pasado, se presentó ante la Junta Directiva, el Proyecto para la Adjudicación de los equipos endoscópicos, con proyecto de la Junta de Desarrollo Regional de la Zona Sur (JUDESUR) y en este momento, los Hospitales del Sur Sur, es decir, Ciudad Neily y Golfito, tienen una Torre de Endoscopías. Entonces, esa situación y la carencia que había, todos los pacientes se concentraban en el Hospital Escalante Pradilla, se mitiga porque ya tienen el especialista y cuando se incorporó, se había gestionado para fortalecer el servicio con el equipamiento. Por lo que fue un beneficio porque solamente se va a depender del Hospital Escalante Pradilla, para resolver la lista de espera de la Región, sino también tienen el fortalecimiento de los otros dos cantones en otros dos hospitales. Se refiere a la cantidad de campos de Endoscopías de Consulta Externa por mes y los cupos asignados. Entonces, los primeros cupos son para Gastroscopías, los segundos para las colonoscopías y son los procedimientos que se realizan. Se puede observar que se asignan 191 campos y se resuelven son 141 pacientes. Es la relación que se genera en Gastroscopía, es decir, un 25% no se resuelve y ese factor, se ha analizado a nivel de la Región. Los campos asignados que se asignan son 191 para gastroscopias y 56 para colonoscopías en el mes de junio de cada año. Entonces, de los 191 campos asignados, solamente se presentaron 143 pacientes y de los 56 campos que se dieron para colonoscopia, solo se presentaron 40 pacientes. Se tiene un cero ausentismo, porque en los pacientes hay que considerar los factores del índice de desarrollo humano de la Región y se tiene una pobreza marcada. En ese sentido, cuando se le indica a un paciente que tiene que hacer ayuno y que se tiene que desplazar hasta Pérez Zeledón para que se le realice una gastroscopía, se genera un ausentismo considerable. Esas son de las razones por las cuales, el año pasado se tomó la decisión de fortalecer a los otros hospitales, con médicos especialistas y la dotación de equipamiento, para tratar de reducir esa situación. Si se observa la cantidad de paciente, se fue elevando en el número de campos; inclusive, todavía la producción

era de 170 casos, es decir, el problema del ausentismo, sigue siendo significativo a nivel de la Región. Por lo que sí se puede analizar, los campos que se asignan para Consulta Externa, en función de lo que se realizó, alrededor de la gastroscopía es de un 75% a un 80% y la colonoscopia es de un 71.2% a un 77% de lo que se realizó. Se tiene un 23% y un 25% de ausentismo para esos procedimientos, entonces, es la decisión del por qué se hace el trabajo en red, para tratar de que los pacientes no se movilen de los cantones de Sur Sur hasta Pérez Zeledón. En cuanto al impacto del proyecto, básicamente, de los 3.123 registros que se tienen, se van a realizar 1.402 procedimientos, es decir, 1.000 gastroscopias y 402 colonoscopias, significa que serían 167 jornadas de producción, para 102 gastroscopias, es decir, se realizarían dos gastroscopias por hora y serían las 1.067 gastroscopias a seis por jornada, por lo que serían las 402 colonoscopias. Cuando se le pregunta cuál va a ser el impacto general que se genera en promedio, la lista de espera general, se tiene que devolver a ese listado. De los pacientes el promedio global de los plazos de espera, y lo correspondiente a la cantidad de pacientes que se van a reducir, no es significativo para la especialidad de gastroenterología, porque la cantidad de pacientes está contenido entre los años 2015 y 2016, no así con los otros procedimientos del total de la lista. En ese sentido, el impacto que se produce es, básicamente, abordar lo correspondiente a la tasa de incidencia, la tasa de mortalidad del cáncer gástrico, porque a nivel de la Región, el Cáncer Gástrico es superior al promedio nacional y el cáncer de colon, es similar al promedio nacional y al abordar ya lo que es la especialidad como tal, se va a determinar un descenso en los 326 días, porque los procedimientos están a 192 días en promedio. Entonces, la esperara quedaría entre los 189 días para las gastroscopias y 196 días promedio, para las colonoscopias y la lista de espera de los 3.123 pacientes, se va a reducir a 1.931 pacientes, dado el trabajo en red que se desarrolla y se van a tener los otros gastroenterólogos. El problema de concentración de los pacientes, se presentó en algún momento y se va a volver a solicitar, porque esos dos hospitales de la región, tienen Servicio de Gastroenterología. El costo del proyecto es de alrededor de ciento setenta y siete millones quinientos cuarenta y siete mil colones.

Pregunta el doctor Devandas Brenes cómo se distribuyen esos pacientes en la red y si los 167 casos son para toda la red.

Responde el Dr. Vega que la jornada de producción son 167 pacientes para toda la red, hacen el trabajo que se estaba haciendo igual con el Servicio de Cirugía. Como los Hospitales de Ciudad Neily, de Golfito y Tomás Casas disminuyeron la parte quirúrgica, en este momento se está atendiendo la parte de la lista de espera de lo que es el Hospital Escalante Pradilla. Es el proyecto general en toda la red distribuida y dependiendo de cómo se estimula a los pacientes. Recuerda que se tienen que distribuir según el lugar de procedencia y comenta que se tiene un factor que se puede suscitar, es el problema del ausentismo porque no se ha analizado a nivel del cantón como tal. En ese caso, Corredores o el cantón de Golfito, porque no se estaba haciendo la jornada de producción; sin embargo, ese ausentismo que se presentó, el cual es de alrededor del 23% y el 25%, corresponde porque los pacientes se tienen que desplazar por alrededor de 300 kilómetros, es decir, hasta el Hospital Escalante Pradilla. Se va a hacer el mismo proceso que se hizo con la lista quirúrgica en esos hospitales, tanto en el Hospital Tomás Casas como el de Ciudad Neily, porque a los pacientes se les llama previamente y se les da la cita y como la cita está para dos días o tres días, el ausentismo es menor. Por ejemplo, en el Hospital Tomás Casas el ausentismo que se ha tenido, ha sido solamente del 5% y en el caso de Cirugía Laparoscópica, también fue otro efecto positivo, porque los pacientes no querían ir a otros hospitales, dado que

no tenían laparoscopia, entonces, ya esos hospitales tienen laparoscopia, por lo que el ausentismo se redujo considerablemente.

El Director Fallas Camacho consulta como se va a pagar.

Responde el Dr. Vega que lo que corresponde son cien jornadas de gastroenterología, son diez gastroscopias por jornada, lo que corresponde a diez jornada y el costo de cada una, es de alrededor de sesenta y siete mil colones. En el estudio de mercado que se hizo, se determinó que el costo es inferior al que se hace a nivel privado.

Ante un comentario del Dr. Fallas Camacho, indica el doctor Vega que el costo de las gastroscopias es de alrededor de treinta y siete mil colones y el de las colonoscopías, alrededor de noventa mil colones. El costo de la jornada para los procedimientos de gastroscopias, corresponde a ochenta y un mil quinientos cuarenta y ocho colones y al nivel del mercado, el costo es de alrededor de noventa y cinco mil setecientos colones y el costo de las colonoscopías es de alrededor de ciento treinta y cinco mil novecientos sesenta y cuatro colones y a nivel de mercado, es de ciento noventa y cinco mil colones.

El Director Fallas Camacho señala que en la Junta Directiva, se aprobaron a efecto de disminuir las listas de espera. En ese sentido, si se aprueba el proyecto, le produciría satisfacción que se llevara una estadística, para tener claro los resultados de todo este tipo de trabajo que se hace. Es importante conocerlos para que se revise, si se tiene que analizar y modificar el protocolo existente. No obstante, cuando no existían esos proyectos, eventualmente, se pasaban muchos casos de cáncer y otras enfermedades. Repite, le gustaría que se analice la situación del paciente y cuando se solicite un examen, por ejemplo, sea porque realmente el paciente lo requiere, es decir, que se tenga más de rigurosidad, para solicitar esos exámenes. Por otra parte, que a la Junta Directiva se le presenten los informes con los resultados y el impacto diagnóstico que se produjo de los casos que se atienden. Repite, ese aspecto obligaría a que se tenga la estadística de cada uno de los estudios que se hacen.

El Dr. Vega Martínez responde que está contemplado dentro de los costos, es decir, está incluida la parte administrativa, los servicios de apoyo, los asistentes, los técnicos de gastroscopias y son los que van a apoyar el proyecto.

Respecto de una pregunta del doctor Fallas Camacho, tendiente a conocer si los pacientes van a requerir de internamiento, responde el Dr. Vega que los procedimientos serán totalmente ambulatorios.

En cuanto a una inquietud de don Oscar, el Dr. Vega Martínez señala que se está considerando que como el proyecto es en red, los pacientes no se tienen que desplazar de Coto Brus y Corredores al Hospital de Ciudad Neily, ni se tienen que desplazar alrededor de 300 kilómetros al Hospital Escalante Pradilla.

El Director Fallas Camacho es enfático en indicar que el interesa conocer el resultado del proyecto al final, en términos de cuántos diagnósticos se hicieron y de cualquier naturaleza.

El Dr. Vega Martínez indica que si se observa la cantidad de pacientes y lo que se quiere es generar impacto y eliminar la lista de espera, se hubiera presentado gastroscopias. Sin embargo, con ese estudio que se hizo, en relación con los médicos internistas y gastroenterólogos del Hospital San Juan de Dios que colaboraron con el Hospital de Pérez Zeledón, por ejemplo, de 160 pacientes que atendieron, dieciséis salieron con algún tipo de lesión cancerosa premaligna o en estado avanzado y esa es la razón. A modo de ilustración, si se le consulta la cantidad de ultrasonidos en la lista de espera a nivel de la Región, se tienen alrededor de 20.000, pero por impacto el proyecto se presenta, para producir impacto en la atención oportuna del cáncer gástrico.

El Director Alvarado Rivera recuerda que en esta Institución por Reglamento se otorga viáticos a algunos pacientes, pregunta si se dan viáticos a personas que viven en Desamparados, por ejemplo.

Aclara la doctora Sáenz Madrigal que más que viáticos se denomina transporte. Pregunta si se tiene el instrumento y si ese aspecto está contemplado, en ese monto o si, además, se podría estar generando recursos adicionales para el proyecto. Entonces, ese no sería el monto del proyecto, porque ese aspecto está establecido en el Reglamento y entiende que hay personas a las que se les está dando. En ese sentido, no necesariamente todos los casos se van a resolver en el Hospital Escalante Pradilla, porque va a ser en la Red. Entonces, a las personas no se les tiene que pagar el transporte al Hospital Escalante Pradilla, porque los pacientes van a ser atendido en el hospital más cercano, porque están los gastroenterólogos y el equipamiento. Por lo que más bien se podría generar un ahorro.

Al licenciado Alvarado Rivera le parece que sería interesante, revisar ese Reglamento porque tiene entendido de que está funcionando y se está aplicando. Entonces, necesita conocer cuál es el criterio, a quién se le da y a quién no, porque es un tema de distancias, dado que independientemente si es en la región, no es lo mismo estar en el Hospital Escalante Pradilla en el centro de Pérez Zeledón que viajar desde Golfito.

Comenta la doctora Sáenz Madrigal que de acuerdo con algunas conversaciones que ha tenido con el nivel local, por ejemplo, se ha generado un ahorro significativo, porque ya no se tienen que trasladar pacientes del Hospital Escalante Pradilla al Hospital San Juan de Dios, para que se les realice la tomografía. En ese sentido, el resultado de primer corte, fue de un ahorro significativo de alrededor de cincuenta millones de colones al mes. El otro aspecto es que algunos pacientes de esas zonas, son trasladadas por la en las ambulancias, pero otros son pacientes que son totalmente ambulatorios y tienen que pagar. Por ejemplo, cuando una persona se hace una colonoscopia, ese examen es muy complejo, muy incómodo y algunas de las personas, se trasladan desde el día anterior, para hacerse todo el procedimiento, porque viajar en esas condiciones es complicado, entonces, al acercar el servicio se está disminuyendo los costos sociales, en transportes, en sufrimiento y la personas regresa a dormir a su casa.

En cuanto a una inquietud del Dr. Devandas Brenes, en relación con la gastroenteróloga que se integró al Hospital de Ciudad Neily, aclara el Dr. Vega que el año pasado se asignó a ese Hospital, pero al segundo o tercer mes de haber llegado, quedó en estado de gestación. Por lo que, prácticamente, durante todo el embarazo estuvo fuera del Hospital. La consulta fue que si los meses que estuvo la gastroenteróloga fuera del Hospital, se contemplaba o no dentro del año

de servicio social y la normativa indica que sí se le contempla. Repite, prácticamente, de los doce meses estuvo solamente tres meses y durante esos tres meses, no tenía el equipamiento.

Pregunta el Director Devandas Brenes si el Hospital Escalante Pradilla, resolvió el problema de Nefrología, es decir, si ya tienen Nefrólogo.

El Dr. Vega Martínez responde que sí, ya el Hospital de Pérez Zeledón tiene un nefrólogo, el doctor Campos y está desde el año pasado están haciendo diálisis. Sin embargo, se están haciendo las diálisis agudas, los pacientes crónicos y las que son ambulatorias, tienen el problema de que todavía no está bien articulada la red. No obstante, los casos agudos si se están realizando.

El doctor Devandas Brenes comenta que una vez lo invitó un grupo, para que fuera desde Coto Brus al Hospital San Juan de Dios. Por lo que un problema de Nefrología es terrible y por ese aspecto, es importante el fortalecimiento del Hospital de Pérez Zeledón y de otros con ese servicio. Por otra parte, le llama la atención que el Cantón de Coto Brus, tiene una de las mayores incidencias en Cáncer Gástrico y en ese sentido, le parece que se tendría que fortalecer el tema de la prevención y la promoción, es decir, habría que tratar de determinar si se puede averiguar qué factores también están incidiendo en esa patología.

Al respecto, indica el Dr. Vega que si se refiere al Cantón de Coto Brus, es el que tiene la mayor tasa de mortalidad, en relación con el cáncer gástrico y el cáncer de colon. Además, tiene la mayor tasa de incidencia en lo que correspondiente a enfermedades mentales, porque el problema de drogadicción y alcoholismo, está afectando directamente lo que es el cantón. Es uno de los cantones con el índice de desarrollo más bajo de toda la región y el impacto que se produce, es totalmente negativo y se observa reflejados hacia la prestación de los servicios.

La señora Presidenta Ejecutiva indica que el cáncer gástrico, se ha estudiado en el país desde hace muchos años, inclusive, en el tiempo de la Dra. Rafaela Sierra, se hizo un proyecto en el Sur, en Cartago, en la zona de los Santos, en Puriscal y, realmente, no se ha determinado una causalidad, lo que sí se está observando es que a nivel global está disminuyendo. Por ejemplo, a nivel internacional, en Japón, inclusive, algunas personas indican que podría estar relacionado con la alimentación, entonces, se ha modificado y en este momento, las personas, consume más proteínas, entre otras alimentos. No obstante, no hay una causalidad con el tema de cáncer gástrico, así como para indicarlo. Recuerda que se investigó el tema de helechos, aguas y la parte familiar, pero no hay causa. Japón que es el líder en ese tema, porque tiene alta incidencia y la estrategia que recomienda es más que prevención y detección temprana del cáncer, porque si se detecta a tiempo, se puede curar pero indicar que se va a evitar que la enfermedad no la contraiga la persona, es muy difícil en ese tipo de cáncer. Lo indica porque en Puriscal, a modo de ejemplo, es una de las regiones de altísima incidencia, por lo que se ha investigado y no se determina ninguna situación al respecto y hasta se analizaron los suelos, por ejemplo.

El doctor Vega Martínez se retira del salón de sesiones.

Ingresa al salón de sesiones la doctora Iliana Musa Mirabal, Directora del Hospital de Guápiles, a cuyo cargo está la presentación relacionada con los resultados del Proyecto “Jornadas de

producción quirúrgica de salpingectomías Hospital de Guápiles”, con base en las láminas que se detallan:

i)



ii)

### Disminución del plazo promedio de espera general de 185 días a 160 días Hospital de Guápiles

#### Generalidad del Proyecto

Listas de espera general de área de atención (número de registros): \_\_\_\_\_ 1609 \_\_\_\_\_

Plazo de espera promedio (días): 185

Listas de espera depuradas y certificadas por el Director Médico: Si X No   

Listas de espera de la especialidad que impacta al proyecto: 634

Plazo de espera Promedio (días) de la especialidad del proyecto: 259

#### Cantidad de registros de pacientes en la lista general por año de registro:

Año	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Total
Cantidad de registros						12	310	1287	1609

Corte 30 de setiembre 2016

#### Cantidad de registros de pacientes en la lista de la especialidad por año de registro:

Año	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Total
Cantidad de registros						12	236	386	634

Corte 30 de setiembre 2016

iii)

#### Capacidad Instalada de Establecimiento e indicadores de Gestión

Número total de quirófanos: 4 Número de quirófanos habilitados: 4

Número de espacios en recuperación: 12

Número de camillas ocupadas por recuperación al iniciar un día laboral: 0

Cantidad de Anestesiólogos (Tiempos completos) en I Turno Ordinario: 4

Tiempo de utilización en el último semestre:

Meses	Porcentaje TUSH Mayor o igual a 5 horas	Porcentaje TUSH Mayor a 3,5 horas y menos a 5 horas	Porcentaje TUSH Menor a 3,5 horas
Febrero	81%	11%	10%
Marzo	87%	8%	6%
Abril	83%	7%	10%
Mayo	84%	8%	8%
Junio	82%	10%	8%
Julio	84%	7%	9%

Cantidad y porcentaje de programación de pacientes antiguos en el último trimestre y tiempo promedio de espera mensual:

Meses	Cantidad y porcentaje de pacientes programados de la lista de espera 2009 - 2013	Cantidad y porcentaje de pacientes programados de la lista de espera 2014 - 2015	Cantidad y porcentaje de pacientes programados de la lista de espera 2016	Tiempo promedio de espera mensual del establecimiento
Junio	0	71-75%	24-25%	171
Julio	0	40-57%	30-43%	187
Agosto	0	76-80%	19-20%	170

iv)

**Meta del proyecto e Impacto**Meta con unidad de medida: 1 jornada = 8 pacientes. Número de Jornadas de trabajo: 50

Impacto en la lista general en días promedios y cantidad de registros: el promedio de espera general pasaría de 185 a 160 días y la cantidad de registros general de 1609 a 1151.

Impacto en la lista de la especialidad del proyecto en promedio de días y cantidad de registro: el promedio de días no impacta en la especialidad específicamente ya que las primeras pacientes no son salpingectomía sin embargo al operar este diagnóstico en esta jornada nos facilita el poder programar otras patologías en horario ordinario sería de 259 a 284 días y de 634 registros.

Presupuesto requerido (partida 2043): 110.671.042,40 (sin cargas sociales)

Cantidad de registros de pacientes en la lista de la especialidad por año de registro:

Año	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Total
Cantidad de registro						12	236	386	634

Corte al 30 de setiembre 2016

En cuanto a las jornadas de producción quirúrgica de Salpingectomías del Hospital de Guápiles, la Dra. Iliana Musa Mirabal señala que en ese Hospital, se tiene una ausencia de Ginecólogos importante. Lo anterior, por cuanto desde hace varios años, han tenido varias situaciones que han generado una inopia de médicos especialistas, por ejemplo, la pensión de uno de los médicos el año pasado, lo cual está dificultando más la situación y la partida de uno de los médicos de Servicio Social. Entonces, se logró contratar por medio de la declaratoria de inopia de la Institución y el Ministerio de Salud dos ginecólogos venezolanos. No obstante, en este momento, se continúa teniendo una situación semejante, aunque hay cuatro Ginecólogos, dos comparten desde hace muchos años una plaza de Ginecología. Entonces, solo son tres funcionarios para un servicio que tiene que atender, alrededor de 40 camas y Consulta Externa, así como la Sala de Partos, las Cesáreas de Emergencias y las Cirugías Electivas.

Pregunta el Director Fallas Camacho cuántas mujeres son.

La doctora Musa Mirabal responde que son alrededor de 100.000 mujeres, se tiene una población de 200.000 mil habitantes y se está en un 50% de atención.

Respecto de una pregunta del Director Devandas Brenes, teniendo a conocer si dos Ginecólogos comparten una misma plaza, la doctora Iliana Musa responde que trabajan cuatro horas cada uno.

En cuanto a una pregunta del Dr. Devandas Brenes, tendiente a conocer si se necesitan más ginecólogos, responde la doctora Musa Mirabal que sí.

El Director Devandas Brenes le pregunta a la señora Gerente Médico por qué no se puede resolver esa situación.

La doctora María Eugenia Villalta responde que se planteó hacer un trámite, para la implementación de las plazas de cuatro horas, pero en el Hospital no se está aceptando.

La Dra. Musa Mirabal señala que el Hospital no acepta la plaza en propiedad, dado que en el momento en que el transitorio estuvo y se aceptó una plaza de medio tiempo, fue porque el especialista no deseaba trabajar más con la Institución. Esa situación tiene muchos años, uno de

los especialistas tiene más de diez años de trabajar cuatro horas y el otro médico, tiene alrededor de ocho años de trabajar en esa modalidad de tiempo.

Por su parte, el Director Alvarado Rivera propone que se realice una reforma a la ley, en términos de que los médicos que trabajan en la Caja, tengan la exclusividad de 12 horas.

La doctora Musa indica que se ha indicado, pero no ha fructificado.

El doctor Devandas Brenes señala que no se puede promover, un proyecto de ley de esa naturaleza.

El licenciado Alvarado Rivera señala que es una decisión de la Institución, es decir, que los médicos trabajen tiempo completo, o contrataciones por tiempo completo y el especialista que no acepte, que no se contrate.

Al respecto, indica don Mario Devandas que esa situación si se puede, por lo que considera que debería ser una política institucional, entonces, que el especialista que indique que no trabaja tiempo completo que no se lo acepten.

Sobre el particular, señala la Dra. Musa Mirabal que algunos especialistas, han dejado la Institución por esas condiciones.

Continúa don Renato y anota que al no tener contratados suficientes especialistas, se tiene que pagar bajo la modalidad de tiempo extraordinario, porque además hay que pagarle a los mismos especialistas, dado que son los que terminan haciendo el tiempo extraordinario. Por lo que, eventualmente, el negocio es no trabajar más que cuatro horas, entonces, los especialistas solicitan que se les pague tiempo extraordinario a doble turno.

Pregunta el Director Devandas Brenes si a alguno de esos ginecólogos, se le va a pagar tiempo extra.

Responde la doctora Musa Mirabal que solo uno de esos dos Ginecólogos, aceptó participar en las jornadas. Los que van a trabajar sobre todo son los dos venezolanos que se contrataron. Continúa con la presentación y comenta que al momento de la elaboración del proyecto, el Hospital tenía 1.609 pacientes y, en este momento, se está acercando a los 2.000 pacientes, con un promedio de espera de 185 días, en general. El proyecto no es para la atención de Salpingectomías, ni ginecología, es en general. Lo anterior, porque en la especialidad se quiere producir impacto en 634 pacientes. En este momento, hay 716 pacientes y el plazo de espera es de 259 días, porque al tener una capacidad limitada para hacer cirugía electiva, la Salpingectomías que son cirugías de baja complejidad, son las que se van quedando rezagadas dado que se les tiene que darle prioridad, a los pacientes que tienen cáncer, a los que por la resolución de un recurso de amparo, se les tiene que dar una orden de internamiento, es decir, se extiende producto de una medida cautelar de operar el paciente en menos de tres meses. Por lo que no se puede desobedecer. También por la patología de los pacientes, el especialista los prioriza. Entonces, la Salpingectomía se ha ido quedando rezagada y, además, siempre hay que programarlas porque se tiene que continuar operando de los pacientes más viejos a los más nuevos, pero con un día quirúrgico que es lo que se tiene en este momento y es muy difícil,

porque siempre le van a dar prioridad a histerectomías, dado que algunas pacientes están sangrando, así como mujeres anemizadas, o que tienen un cáncer y otras, prácticamente, tienen el útero afuera. A pacientes de esa naturaleza, se les tiene que dar prioridad, antes que una Salpingectomía. Entonces, la idea con este proyecto, es operar Salpingectomías, para producir impacto en la lista de espera y que les permita, con un poco más de comodidad operar los pacientes que tienen esa necesidad de salud, en el tanto se logra contratar más especialistas. En ese sentido, se gestionará para que al Hospital se le amplíe la inopia. También se tendría que ampliar los días quirúrgicos, para que se logre resolver de otra manera las cirugías, pero en este momento, se tiene que resolver pacientes de otra naturaleza, los cuales se tienen esperando, dado que por su prioridad quirúrgica no las pueden adelantar y se avanza muy despacio. Por ejemplo, en este año, se han realizado 33 tres Salpingectomías y se tiene pendientes alrededor de 400. Los registros en general de la lista de espera, en este momento se tienen doce pacientes y no se tienen pacientes del año 2014, los primeros pacientes son del año 2015, en total son 310 del año 2015 y 1.687 del año 2016. Para la especialidad de Ginecoobstetricia, esas doce ya no están en la lista de espera, pero es lo que estaba en el momento del proyecto, es decir, quedaban 236 pacientes pendientes, las cuales ingresaron a la lista de espera en el año 2015, es decir, tienen dos años de estar esperando esa cirugía y 386 pacientes que ingresaron en el año anterior, para un total de 634 pacientes pendientes en total. De esos pacientes 400 procedimientos serían para Salpingectomías, es el mayor volumen que se tiene para operar. Destaca como importante que el Hospital tiene cuatro quirófanos, los cuatro están habilitados, tienen doce espacios para recuperación en el área externa, además tienen un número de camillas ocupadas por recuperación, al iniciar un día laboral porque normalmente los pacientes no se quedan en recuperación. Se tienen los cuatro anestesiólogos, lo cual les permite tener habilitadas las cuatro salas de operaciones, la mayor cantidad de días hábiles del año. Para efectos del tiempo de utilización de salas, normalmente, se tiene un tiempo de utilización, igual o más de cinco horas de un 84%, un 86% y depende del mes, no se da un 100% de utilización en los quirófanos, porque se tiene ausentismo de pacientes, a veces se empieza en una Sala y se tiene que abrir otra por una emergencia, por una cirugía, ese aspecto afecta los porcentajes globales de producción. Normalmente, el Hospital está en más del 85% de utilización de los quirófanos y en este momento, la información señala que se dio, incluso, un 90% de utilización del tiempo quirúrgico en la jornada ordinaria. Los pacientes más antiguos y fue lo que explicó, por ejemplo, los pacientes se operan dependiendo del período y de la cantidad de recursos y tipos de pacientes, por lo que se opera un 70% y 75% de las pacientes que tienen más tiempo de estar en la lista de espera. No obstante, hay meses como julio del año anterior, que las intervenciones se tuvieron que disminuir entre un 40% y un 50% y en el mes de agosto, igual a un 76% ó un 80%. Lo ideal sería entre un 80% y 20%, es decir, que siempre haya un porcentaje para que les permita operar pacientes prioritarios, sobre todo los pacientes con cáncer de cérvix o de útero. El tiempo de espera para el promedio del Hospital, fluctúa en los diferentes meses, dependiendo de las vacaciones de los médicos, por ejemplo, cuando hay un anestesiólogo de vacaciones, la sala hay que cerrarla porque no se tiene como sustituirlo. Entonces, ese aspecto amplía el plazo de espera durante ese mes, como es una situación que se analiza mes a mes, entonces, hay fluctuaciones pero realmente el plazo de espera promedio, es 180 días porque ya no se tiene más bajo peso. En este momento, está en 175 días el tiempo promedio de espera, porque este proyecto fue presentado hace varios meses.

El Director Gutiérrez Jiménez le pregunta a la doctora Musa Mirabal, cuál es la solución que determina del tema.

La doctora Iliana Musa indica que en este momento se tienen los especialistas.

Consulta el licenciado Gutiérrez Jiménez si hay o no más pacientes. Repite, cuál es la solución de fondo y lo indica porque uno de los aspectos que se ha venido observando en un proyecto, es determinar cuáles son los recursos que se tienen, cuál es la capacidad de esos recursos, cuál es la capacidad instalada que producen y su tesis y no lo indica, necesariamente, por el Hospital de Guápiles sino en términos generales, tienen algunas capacidades sub-ejecutadas. Entonces, el Hospital tiene capacidades instaladas o tienen especialistas en un momento determinado y no, necesariamente, se está refiriendo al Hospital de Guápiles, porque se tienen especialistas y su producción no, necesariamente, es la que se estima debe ser. Tiene algunos datos que prueban lo que está indicando, por lo menos en algún lado, no puede generalizar pero, entonces, le preocupa que de alguna manera se esté produciendo impacto en alguna necesidad. Ante la situación que se tiene, evidentemente, como obligación se tiene que dar un mejor servicio, porque el tema no es que mañana se resuelva. Sin embargo, debe indicar que se está utilizando, una cantidad significativa de recursos, para planes específicos para generar impacto sin, necesariamente, estar produciendo impacto en el tema de fondos. En ese sentido, el Hospital de Guápiles, es uno pero cuando se empieza a sumar todos, esos recursos son sumas significativas y producen impactos en la necesidad, pero no se impacta en el tema de fondo. Entonces, lo deja como un comentario, porque le preocupa que so-pretexto de que se logre impactar, en esas necesidades y son válidas, porque es una obligación y es de interés público, porque se tienen que hacer. Comenta que ha votado temas de esta naturaleza; no obstante, el fin es producir impacto y no satisfacer las necesidades de las personas y quedarse sin gestionar, o ser consecuentes con la obligación que se tiene pero por ejemplo no, necesariamente, es la panacea. Está seguro que si le pregunta a la doctora Musa si prefiere este plan o tener los profesionales que necesita, la respuesta es que sí. Entonces, lo que se quiere es aparte del programa se desarrolle en el Hospital de Guápiles, para que se produzca impacto. No obstante, le parece que el tema de fondo, o cuál es la visión de corto y mediano plazo, cómo se está observando en la parte administrativa.

La doctora Sáenz Madrigal indica que el tema de fondo, es que no hay especialistas, la doctora Iliana Musa así lo indicó al inicio e, inclusive, planteó el tema de la inopia y que en el caso del Hospital de Guápiles, se le asignaron dos especialistas por la inopia y ese es el tema de fondo.

Señala don Adolfo que esas contrataciones no están satisfaciendo las necesidades del Hospital.

Aclara la doña Rocío Sáenz que esos especialistas se están incorporando al Hospital de Guápiles.

El Director Gutiérrez Jiménez señala que no, necesariamente, están solucionando la problemática.

La doctora Sáenz Madrigal indica que el Hospital de Guápiles no está 100% y, efectivamente, hay una necesidad acumulada, por lo que con las jornadas se trata de adelantar y con los datos de la doctora Musa, es el Hospital que tiene mejor utilización de las salas quirúrgicas y que quede constanding en actas. Por ejemplo, el porcentaje de la cirugía ambulatoria, está en el nivel no se puede hacer más, es decir, se ha hecho un trabajo muy especial en el tema quirúrgico y dentro de las listas de espera, los procedimientos que tienen pendientes son las Salpingectomías.

El licenciado Gutiérrez Jiménez señala que se debería insistir en el tema de la inopia, si ya se recibieron dos especialistas, pero tienen claro que no son suficientes, se lo comuniquen al Colegio de Médicos, con todo respeto. Cree que lo hacen con la mejor intención y su reacción en un momento determinado, repite, está seguro que se tiene una buena intención, pero no se está solucionando y cree que se debería insistir en el tema de la inopia como Junta Directiva y como administración, para lograr esas contrataciones porque no se tienen los especialistas. Entonces, que se contraten de algún lugar, porque las personas no pueden esperar. Hace un momento la Dra. Sáenz indicó que el uso de los quirófanos, es de los más eficientes, se logró una parte por la declaración de inopia, pero todavía no se resuelve el tema, porque es un asunto de fondo. Se está dando un ejemplo, pero se podría dar otro en el que la utilización de los quirófanos no es tan eficiente, donde las condiciones de inopia no han sido permitidas y todavía tienen más listas de espera.

La doctora Rocío Sáenz manifiesta que se ha insistido en el tema la inopia, incluso, ayer se reunieron con el Colegio de Médicos y se está avanzando en esa línea.

Agrega la doctora Villalta Bonilla que en el tema específico del Hospital de Guápiles, tiene un tiempo de utilización de sala que es de alrededor del 85%, tiene una programación de pacientes más antiguos y solo en el mes de julio del año pasado, fue el que la producción estuvo más baja, es decir, hay optimización de los recursos en la jornada ordinaria y si al tener pendientes cirugías, se les autorizó dos Ginecólogos, por lo que tienen tres y les hace falta dos. Tienen programados dotarlos con los especialistas que egresan este año en los diferentes períodos y se espera que se logren incorporar a ese Hospital, porque hay dos plazas para esa especialidad. Depende del Servicio Social y que los médicos quieren irse para el Hospital de Guápiles. Repite, hay dos plazas para ese Hospital. No obstante, como lo indicó la Dra. Sáenz es el cúmulo de pacientes que se tiene. Entonces, una vez que se tengan incorporados los especialistas, se puede continuar la gestión acorde con la llegada de los pacientes y no se tengan pacientes atrasados, por diferentes años, pero como bien lo indicó la Dra. Musa, los indicadores que tiene definidos la Institución, se están cumpliendo a cabalidad.

La doctora Musa Mirabal comenta que de hecho se tiene autorizada la contratación de un Ginecólogo con una plaza del CAIS de Siquirres, entonces, el Colegio de Médicos tiene en trámite esa contratación con la Dirección de Migración y Extranjería. No obstante, por segunda vez se les denegó la contratación del Anestesiólogo. La idea que se tiene es utilizar el CAIS de Siquirres para resolver esos procedimientos, por ejemplo, los Salpingectomías porque son los procedimientos menos difíciles, pero por segunda vez se le denegó la solicitud, porque la especialidad no está incluida en la declaratoria de inopia del anestesiólogo para Siquirres. Por ejemplo, la esposa del Ortopedista puede trabajar por inopia también, pero no ha podido.

En cuanto a una pregunta del Dr. Devandas Brenes, tendiente a conocer quién negó la contratación del Anestesiólogo por inopia, responde la Dra. Sáenz que el Colegio de Médicos y es el tema que se analizó en la reunión que se efectuó. Lo que sucedió es que el procedimiento que estableció el Ministerio de Salud se convirtió, por ejemplo, en una camisa de fuerza, porque como solicitaron una priorización y se envió. Entonces, al no estar la especialidad de Anestesiología, el Colegio de Médicos no la está aprobando la inopia en esa Especialidad, por lo que hay que indicarles que ya se conversó, pero no se conocía dónde estaba el problema, para el Ministerio de Salud era como no entendible, porque se tenía la necesidad y conocían la lista de

especialidades. No obstante, hasta el día de la reunión con el Colegio de Médicos, entendieron dónde está el inconveniente y es, prácticamente, burocrático y además se modificó la Junta de Gobierno.

Sobre el particular, señala el Director Gutiérrez Jiménez que ese aspecto, en comercio se denomina barreras no arancelarias y le parece que es muy desafortunado, porque si se está en una gestión y tratando solucionar esas situaciones y más el Colegio de Médicos, porque está seguro que está muy interesado. Cómo puede ser posible que por una cuestión de forma, conociendo que además existe la necesidad de especialistas, espera que no sea así, que sea una excusa para no resolver el tema. Le parece que esos aspectos se tienen que evidenciar y después se negocie, porque no se va ser irrespetuosos de involucrarse en lo que se está gestionando. No obstante, sino resultara en el corto plazo, en beneficio de los pacientes, le parece que realmente se debería de evidenciar ese tipo de situaciones, porque por un lado se tiene a las personas en necesidades, los pacientes deseando una solución y teniendo el recurso que no es la norma, porque hace un momento se indicó, que el problema que se tiene, normalmente, es que no se tiene el recurso, pero en este caso si existe el recurso financiero.

Señala el Dr. Devandas Brenes que el problema de fondo es la parte de especialistas, para resolver las listas de espera de especialidades y por la vía de la inopia, se han resuelto algunos, por ejemplo, en el Hospital de Guápiles, pero aún faltan y hay problemas para tramitar la contratación de otros especialistas. Por otro lado, relacionado con el asunto, precisamente, dada la falta de especialistas, algunos presionan a la Institución para trabajar solamente cuatro horas y, es preocupante, porque ese tiempo en algunos casos y, aclara, no en todo, se convierten en dos horas de trabajo efectivo, por ejemplo, el especialista tiene que tomar un refrigerio.

Aclara la doctora Sáenz Madrigal que en el caso de los especialistas no. Se indica que en algunos casos, entonces, le parece que en ese sentido, la Institución tiene que tomar una decisión de aquí para adelante, de manera que aquellos profesionales que presionen o exijan trabajar cuatro horas no se acepte, e indicarles que si quieren trabajar cuatro horas que renuncien. Le parece que esa debería ser una decisión de esta Junta Directiva, repite, si el especialista no quiere laborar las ocho horas que renuncie. En este caso concreto, aunque pueda, aparentemente, agravar la situación, no está de acuerdo en que a un profesional que solo trabaja cuatro horas, se le pague jornada especial, porque es también premiarle esa actitud. Por otra parte, conoce casos de algunos profesionales que exigen trabajar cuatro horas y, después, trabajan tiempo extraordinario y ese aspecto, le parece que es incongruente. En este mismo programa, cree que a un profesional que trabaje cuatro horas, no se le debería pagar jornadas extraordinarias de ninguna manera. Le indica a la Gerente Médica que, efectivamente, hay que establecer las decisiones para que la Institución, para que los especialistas no pueda trabajar cuatro horas. Entonces, le parece que hay que hacer un corte, porque conoce que se sigue presionando en algunos lugares; incluso, ha estado en reuniones en las que los especialistas reclaman esa situación, en términos de que quieren jornadas flexibles no tradicionales. Le parece que hay que tomar una decisión muy firme de indicar que no. En ese sentido, estima que se debería promover, jurídicamente, reorganizaciones de servicios que le permitan a la Institución, prescindir de los servicios de aquellas personas que no quieren trabajar ocho horas, porque es parte del problema. El otro tema al que se quiere referir para ir más al fondo, es que hay que acelerar lo de la formación de especialistas en el país, porque la presentación que hizo el Centro de Desarrollo Estratégico de

Información en Salud y Seguridad Social (CENDEISS), considera que no está clara y sigue siendo muy complicada, por lo que cuando la observa, estima debería ser más simple. Pregunta si las personas que están participando en esta jornada, son especialistas que trabajan solo cuatro horas.

La Dra. Musa Mirabal indica que sí y están en la lista, porque solo se tienen esos especialistas. Se están invitando médicos de Limón, el doctor Escobar para que se incorpore al grupo, pero si es la instrucción se obedecerá y se trata de buscar especialistas en otras unidades, lo más difícil son los Anestesiólogos. En ese caso se tiene anuencia de que se lleven de otras unidades, entonces, no sería un problema. La idea es hacer cincuenta jornadas, lo cual significa que cada jornada implica ocho Salpingectomías. Cuando se hace referencia de una jornada, se realizan ocho cirugías en esa jornada. Entonces, calculando el salario de las personas, el costo sería de alrededor de ciento diez millones de colones. Por lo que el promedio es de diez millones de colones por jornada, es decir, alrededor de doscientos setenta y cinco mil colones cada cirugía y participan seis personas. Hace énfasis en que el costo para lo que va a hacer, sería de cuatrocientas cirugías, con lo que, prácticamente, se estaría resolviendo los casos de Salpingectomías que se tienen. Después, van a ir ingresando algunos casos, pero serían nuevos; entonces, si se logra este año tener los dos Ginecólogos que se ocupan y se estabilizan, se estaría en un plazo de espera adecuado como en Cirugía, porque en este momento están muy bien y se tendrían más recursos.

El doctor Devandas Brenes indica que al costo del proyecto, se le debe aumentar el 30% de cargas sociales.

El Director Fallas Camacho pregunta a quién le hacen las Salpingectomías.

La doctora Musa responde que a las mujeres que lo desean por ley.

Al respecto, el doctor Fallas Camacho señala que si las mujeres piden ese procedimiento, se les debe practicar.

La doctora Musa Mirabal indica que a las interesadas, se les da una consejería, pero sobre todo individualizada cuando son muy jóvenes. Cuando se observa que existe alguna situación, por ejemplo, que la pareja no tiene un hijo. No obstante, desde el año 2005 la situación se modificó y en este momento, es la persona que solicite el procedimiento, no como antes que la persona solicitaba el procedimiento y lo definía un grupo de Ginecólogos.

Señala el Dr. Fallas Camacho que existe un índice de natalidad del 1.7% y se está con la tasa de sustitución y está falleciendo más personas de las que nace.

La señora Presidenta Ejecutiva retoma la preocupación de don Mario en el caso de este proyecto, si se aprueba, falta la presentación de dos proyectos; entonces, se tiene que incluir en el acuerdo que en el proyecto se incorporen, especialistas que trabajen tiempo completo en la Institución.

La doctora Musa Mirabal responde que no hay problema.

La doctora Musa Mirabal se retira del salón de sesiones.

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

Ingresa al salón de sesiones los doctores Roberto Cervantes Barrantes, Director; Mario Felipe Ruiz Cubillo y la doctora Priscila Balmaceda Chaves, Asistente de la Dirección del Hospital San Vicente de Paul.

El Dr. Roberto Cervantes Barrantes agradece la confianza que les han tenido al grupo gestor del Hospital San Vicente de Paul y, en este momento, se está presentando un mensaje de optimismo y se cree que el proyecto que se elaboró, es significativo que se presente. Primero, porque la Prensa, generalmente, solo publica aspectos negativos de la Institución y se demostrará que con esos seis meses que se indica se podría gestar. El otro aspecto, se relaciona con que la Junta Directiva crea en los funcionarios que están liderando los procesos, porque hace dos años y la doctora María Eugenia Villalta, recuerda que don Ólger Sánchez indicó que ese Servicio de Cirugía, tuvo que ser intervenido porque era uno de los que tenía un bajo rendimiento en los indicadores. En este momento, es uno de los Servicios que tiene muy buena producción, compromiso y a él le genera mucho optimismo de que en la Institución, se puedan hacer proyectos muy buenos y, aclara que no es el trabajo del doctor Cervantes, ni el del doctor Ruiz Cubillo, ni de la doctora Balmaceda, es el trabajo de todos los Jefes del Servicio del Hospital y es el trabajo de todos los funcionarios. Le interesa que las personas jóvenes sean las que les converse a la Junta Directiva, porque son los que tienen que avanzar.

Seguidamente, la doctora Balmaceda Chaves presenta Proyecto: Abordaje de las listas de espera de Ultrasonidos del Hospital San Vicente de Paul, para lo cual se apoya en las siguientes láminas:

A)

### Proyecto: Abordaje de las listas de espera de Ultrasonidos del Hospital San Vicente de Paul

#### Lista de espera

Estudio	Pendientes realizar	Pendientes reportar
Mamografías	5431	366
Rx Toráx	3009	25
Otras Rx	5119	
TAC (sin medio)	100	151
TAC (con medio)	171	151
US	29083	NA
Otros Estudios	1190	NA
<b>Total</b>	<b>44103</b>	<b>693</b>

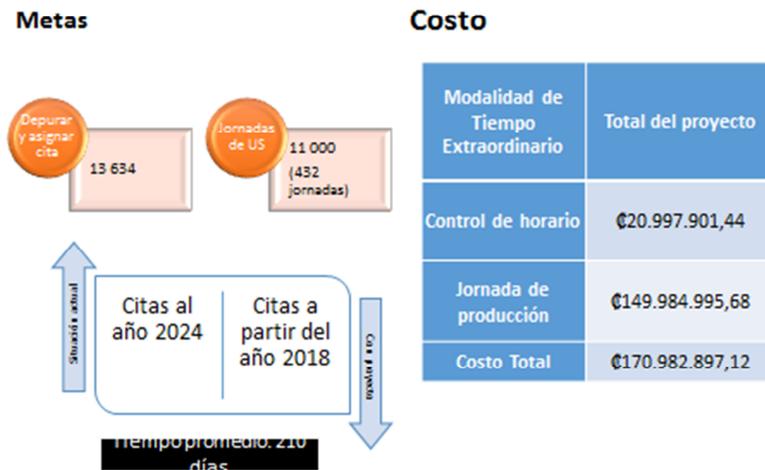
Tiempo promedio: 1973 días

#### Lista de espera de ultrasonidos

Condición	Año	Cantidad de pacientes
Sin cita asignada	2012	5883
	2013	6206
	2014	1545
<b>Total</b>		<b>13634</b>
Con cita asignada	2015	No tiene pendientes
	2016	266
	2017	2176
	2018	2157
	2019	1994
	2020	2253
	2021	2018
	2022	1925
	2023	1761
	2024	899
<b>Total</b>		<b>15449</b>
<b>Total con y sin cita</b>		<b>29083</b>

B)

## Proyecto (3 etapas)



El Dr. Ruiz Cubillo agradece el espacio y comenta que cuando estuvieron en la Junta Directiva, hace alrededor de seis meses para presentar el proyecto, se acordó que cada seis meses, se iba a presentar cómo se avanza en el proyecto, dados los 20 meses que se propusieron de jornadas de producción. Comenta que a los quince días de que se aprobó el proyecto, se presentó una periodista del Periódico La Nación al Hospital para entrevistarlos. Primero los llamó y les preguntó si era cierto que se iba a abrir los quirófanos todas las tardes hasta las 10:00 p.m. y si era cierto, que se iba a operar 7.000 pacientes y, además, que eran diez especialidades. Entonces, se le indicó que llegara y observara lo que se estaba haciendo y se le mostraron todos los documentos y se le indicó que eran documentos públicos. Además, que llegara para explicarle el proceso y cómo se iba a hacer para que observara si se lograría el objetivo o no. Por lo que les indicó, si no creían que era un proyecto demasiado ambicioso y se quería poner la maquinaria a trabajar alrededor de un 100%. En ese sentido, se le indicó que así era, porque el proyecto era muy ambicioso, pero están convencidos de que los jefes van a trabajar, porque son la clave del éxito y es lo que marca la diferencia, para que proyectos de esa naturaleza funcionen. Ese fue el reportaje que la periodista hizo ese día e indicó que el Hospital de Heredia, promete operar más de siete mil pacientes por las tardes y sin internarlos e indicó lo que se le explicó. Luego, de que observó el proceso desde que se ingresa al proceso de gestión quirúrgica de admisión, como el paciente ingresa por cirugía mayor ambulatoria y cómo se le preparaban todos los exámenes, para que después se realizara la cirugía. Además, se le presentó todo el equipo de la sala y ese día se inició el proyecto de jornadas. Se hizo una pequeña oración y se encomendaron para comenzar a trabajar en el proyecto. Muestra la imagen con los pacientes que estaban esperando ese día, para que se les interviniera en hernias, varices, salpingectomías y los pacientes sentados, son los que padecen de cataratas que no ocupan estar acostados para ese procedimiento. Aclara que en ese proceso no se utilizan sillas sino sillones. A la periodista se le enseñó todo y, después, indicó que parecía que sí se podía. Entonces, en ese momento, a los jefes se les indicó que les correspondía darle al proyecto sostenibilidad a lo largo del tiempo. También, se le indicó que se desconocía lo que iba a publicar y después de que publicara, esperaban que regresara y observe lo

que se hace o lo que se hizo y se revise otra vez. Además, se le indicó que después se le estaría llamando para que visite el Hospital y observe lo que se ha hecho.

La doctora Priscilla Balmaceda presenta, primeramente, los avances y el impacto que se ha producido, dado el proyecto y varias gestiones que se hacen en el Hospital de Heredia, en lo que es la lista de espera. Recuerda que la presentación que se hizo hace alrededor de seis meses sobre el proyecto, se les planteó y pudieron demostrar que la cantidad de pacientes que se ingresan, son mayores que la cantidad que el Hospital, por lo que se puede indicar que eran unas de las justificaciones del por qué la importancia de proyectos de esa naturaleza, los cuales permitan disminuir la brecha en las listas de espera.

El Dr. Ruiz Cubillo señala que el informe se presenta con datos al mes de enero de ese año, pero el proyecto ha continuado y se está teniendo mejores resultados, porque contiene la información de los meses de enero, febrero y marzo del presente año.

La doctora Balmaceda Chaves muestra el cuadro con el total de pacientes que se tenían el 30 de abril del año 2016, cuando se presentó el proyecto era de 12.135 pacientes de toda la lista quirúrgica del Hospital de Heredia. Al corte del 30 de enero del año 2017, se tienen 11.284 pacientes, se logró disminuir la lista de espera en 1.000 pacientes, lo cual no era lo que se esperaba, porque lo que se espera era que fueran pacientes nuevos, pero siempre la misma cantidad y aun así el proyecto y todo el trabajo que se ha hecho, les permitió reducir en 1.000 pacientes la lista de espera, pasando de un promedio de tiempo de espera de 354 días a 317 días, en lo que corresponde a los primeros seis meses. Se había hecho el ejercicio de la proyección, al terminar el proyecto, conociendo la cantidad de pacientes que ingresan y egresan de la lista de espera y se tenía una cantidad proyectada de 11.700 pacientes para el mes de abril, lo cual es una cantidad inferior a la que se había proyectado y se está alcanzando la meta de los 293 días, que se tiene pactados para el mes de abril del año 2018.

El doctor Ruiz Cubillo indica que es la primera vez en lo que lleva en el Hospital de Heredia, que a pesar de que es un círculo constante, porque siempre ingresa a la lista de espera pacientes nuevos. Esos 11.000 pacientes no son los mismos 11.000 que estaban en la lista de espera en el año 2016, es la primera vez que se logra disminuir, es decir, se está dando la atención oportuna y se está disminuyendo la cantidad de pacientes.

El Director Devandas Brenes indica que al 30 de abril del año 2016, se tenían 12.000 pacientes y al 30 de abril del año 2018, se iban a tener 11.000 pacientes. No obstante, al 30 de enero del año 2017, se tienen 11.284 pacientes, es decir, se sobre cumplió la meta con un año de anticipación, pregunta si así es.

Responde el doctor Ruiz Cubillo que sí.

Agrega la doctora Balmaceda que el tiempo promedio va disminuyendo.

Señala el doctor Ruiz Cubillo que se está cumpliendo con la meta establecida.

Consulta el doctor Devandas Brenes cuánto es el tiempo promedio.

La doctora Balmaceda Chaves responde que de 317 días y se quiere que los días de espera, se disminuya en 293 días.

El doctor Ruiz Cubillo aclara que se está cumpliendo la meta y de hecho, el universo de pacientes que se había propuesto para la primera fase ya se cumplió.

Continúa la doctora Balmaceda y señala que la información se presentará por especialidad, es decir, las que están participando en el proyecto, por ejemplo, Cirugía General está haciendo cirugías de vesículas, de hernia inguinal, hernia umbilical y lo correspondiente a linfomas. En ese sentido, se pasó de 2.901 pacientes a 2.510 pacientes y se pasó de 320 días de espera a 284 días promedio de espera, en la especialidad de cirugía general y la otra columna, era lo que se había proyectado. Luego, se tiene la especialidad de Ginecología, en este caso, se tenía 2.077 pacientes y se había proyectado que iba a ser superior, porque la cantidad de salpingectomías de pacientes que requieren la esterilización, la demanda es muy elevada. Sin embargo, se logró reducir lo que es el tiempo promedio, significa que a pesar de que la demanda es tan significativa, se logró operar los pacientes que tenían más tiempo de estar esperando esa cirugía y ese aspecto, les permitió reducir el tiempo promedio de 445 días de espera a 384 días, en los primeros seis meses, lo cual es sumamente satisfactorio, aunque la cantidad del paciente sea mayor. Se tiene también que en el caso de Oftalmología es una de las especialidades de mayor demanda, principalmente, lo que son cataratas y pterigion. En ese sentido, mucha de la comunidad de Heredia, es adulta mayor, entonces, la cantidad de pacientes para cirugía de catarata es muy elevada y se tenían 2.859 pacientes y se conocía que se iba a alcanzar a 3.119 pacientes y en este momento, la lista de espera está en 1.350 pacientes en la lista de espera. No obstante, el tiempo promedio se ha tratado de mantener, a pesar de que ha aumentado la cantidad de pacientes, porque hay un trabajo de depuración que se empezó en el mes de febrero de este año, para producir impacto en la lista de espera de oftalmología. Además, en el Hospital este año ingresó un especialista en oftalmología, lo cual incrementará la resolutivez de la especialidad y se logrará operar una mayor cantidad de pacientes.

Interviene el Dr. Ruiz Cubillo y recalca que un paciente que se opera, por lo general son dos cataratas, es decir, de los dos ojos, entonces, se opera uno y, después, ingresa en la lista de espera para ser operado del otro. Por ese aspecto, el número de pacientes se mantiene, pero los pacientes se están operando y se les está dando una atención más oportuna.

Continúa la doctora Balmaceda Chaves y anota que una de las especialidades, en la que el trabajo es más relevante, es el que realiza el Jefe Coordinador del Servicio de Otorrinolaringología, el Dr. Mario Benavides indicó que asumió el reto de tomar la lista de espera, para trabajarla y depurarla. En su momento, el Servicio tenía 1.141 pacientes y la meta, se había proyectado para que se tuvieran pacientes que en menos de 90 días, se operaran y al corte del mes de enero, se tiene solo 383 pacientes, con un promedio de 268 días de espera y se disminuyó la lista de espera de 554 pacientes a 268. Entonces, esos pacientes que quedan se van a operar, en la jornada ordinaria porque no se requerirá la jornada extraordinaria. En ese sentido, es una de las especialidades que produjo mayor impacto en las listas de espera.

Acota el Dr. Ruiz Cubillo que fue muy interesante, porque el doctor Benavides trabajó arduamente e indicó que iba a trabajar en esos pacientes y con el equipo, se llegó a un punto de

equilibrio. El Servicio de Otorrinolaringología, en este momento se puede indicar que está compensado.

La doctora Balmaceda Chaves se refiere a la especialidad de Vascular Periférico, especialidad en que se tenían 571 pacientes y la lista de espera, se disminuyó a 457, además, se disminuyó el tiempo promedio de 327 días de espera a 273, alcanzando una meta mejor de la que se tenía proyectada para el mes de abril del año 2018. La otra especialidad es Urología y se estaban realizando Vasectomías y se espera que sea un comportamiento igual al de Salpingectomías. Este procedimiento tenía una lista de espera de 1.354 pacientes al corte del 30 de enero de este año y en este momento se tienen 767, es decir, se ha disminuido el tiempo promedio de 330 días de espera a 211 días. Actualmente, para estar al día se requiere realizar 400 Vasectomías. Por otra parte, también se produjo un impacto significativo, en el tiempo promedio, porque la tarea era operar los pacientes que tenían más tiempo de espera, es por ese aspecto que en el mes de abril del año pasado, cuando se presentó el proyecto se tenían cinco pacientes del año 2012, 556 pacientes del año 2013, los cuales ya no están en la lista de espera. Además, se tenían 2.523 pacientes que habían ingresado en el año 2014 y, en este momento, solo se tienen 753 pacientes y 564 pacientes que en el año 2015, solicitaron un procedimiento quirúrgico. En este momento, se tienen 2.922 y en el año 2016 se iba a incrementar la cantidad de casos, porque al transcurrir los años se tiene una mayor cantidad de pacientes.

Abona el doctor Ruiz Cubillo que así es como se tiene que observar un hospital sano, en donde los pacientes que se estén operando sean los más nuevos y no queden pendientes pacientes de años anteriores.

Ante una consulta del doctor Devandas Brenes, señala la doctora Balmaceda que todavía faltó incluir la información correspondiente a los meses de abril, mayo y junio de este año.

Respecto de una pregunta de don Mario, tendiente a conocer si es la suma de los años anteriores, responde la doctora Priscilla Balmaceda que no, porque eran pacientes que habían ingresado de enero a abril del año 2016.

Pregunta el Director Devandas Brenes si 6.854 pacientes es un total.

El doctor Ruiz Cubillo indica que sí, son pacientes que ingresaron en la lista de espera, a partir del año 2016 y sacaron una cita.

Aclara la doctora Balmaceda que fue durante todo el año.

Consulta el doctor Devandas Brenes que no están los 753 pacientes, ni los alrededor de 2.000 pacientes.

Responde la doctora Balmaceda Chaves que no, porque son pacientes solo del año 2015 y a los que se está refiriendo son del año 2016. Propiamente, son las jornadas de producción, entonces, en forma muy resumida se tienen los procedimientos que se hacen en este momento. Las colecistectomías que eran vesículas, se logró que al primer semestre, se tenga un 66% de avance de solamente los procedimientos relacionados con las vesículas.

También, hay un número de pacientes que se resolvieron quirúrgicamente y otro que se resolvió depurando las listas de espera. En ese sentido, uno de los trabajos más importantes o la enseñanza que este proyecto les ha dejado, es que el trabajo de depuración de la lista de espera, es uno de lo más importante, porque permite tener una lista de espera real.

El Director Alvarado Rivera pregunta que ese aspecto lo indicó el doctor Ruiz Cubillo en la presentación pasada y le que queda la duda, Salpingectomías y Vasectomías, son una de las más altas cirugías que se están haciendo ambulatorias, pero la pregunta es cómo se caracterizan. Pregunta si es una enfermedad o es una demanda.

Indica el doctor Devandas Brenes que es por ley.

Aclara la doctora Rocío Sáenz que no es por ley. En otros países, por ejemplo, las listas de espera, porque tienen razón don Renato que contrario a colecistectomía, no es una enfermedad es una intervención de salud pública. Es un procedimiento que se ofrece para el control de la natalidad. No es una enfermedad, pero en algunos países no lo incluyen, pero en el informe está contenida y consideran que hasta no tener números significativos, no se observa conveniente egresar a las personas que están incluidas en las listas de espera. Por ejemplo, la persona no va a fallecer sino se le practica la Salpingectomía.

La doctora Balmaceda Chaves indica que el resumen del trabajo es en términos de que se han resuelto, quirúrgicamente, 2.777 pacientes y depurados 1.939 para un total de 4.700 pacientes. Significa que el 58% de los casos, fueron resueltos quirúrgicamente como estaba establecido, pero un 41% de la lista de espera, se logró resolver mediante una gestión constante de la lista de espera, no es un trabajo de un mes y tal vez el otro mes, es un trabajo diario, constante y en el Hospital lo hace el Programa de Cirugía Mayor Ambulatoria, a través de la Dra. Marny Ramos con el equipo de trabajo, mediante el pago de tiempo extraordinario que está contemplado en el proyecto y se ha logrado hacer un trabajo de gestión.

El doctor Cervantes Barrantes señala que han estado desarrollando proyectos, para resolver la lista de espera, pero se demuestra que hay un trabajo que se debería hacer de previo, porque si la lista de espera depurada tiene un 41% de pacientes, los cuales ya no son lista de espera, no tiene ningún sentido que se tengan una lectura de listas de espera determinada. Lo anterior, por cuanto la probabilidad es que sea un 50% menos, entonces, le parece que se debería institucionalizar el proceso, y le produciría satisfacción que un proyecto sería, en términos de que cada hospital haga y demuestre una depuración de la lista de espera, para tener un dato real de los pacientes a que se está haciendo referencia. En esos términos, luego gestionar una acción de esta naturaleza, en la que se pueda invertir recursos sobre un dato real y no sobre una lista de espera, en la cual se indique que solo se produjo impacto en un 10%, porque la lista de espera es muy grande. No obstante, se tiene que con el proyecto, se produjo impacto desde el 58% de la lista de espera, pero reduciendo el 41%, se podría indicar que se produjo impacto en alrededor del 100% en la lista de espera, porque la mitad de la lista de espera no existe.

Ante una consulta de don Renato, indica la doctora Priscilla Balmaceda que el hacer las jornadas de producción, permite hacer una depuración de la lista de espera de forma

indirecta en el momento. Entonces, al llamar al paciente, no se tiene que llamar varias veces, primero para verificar si se va a operar, sino de una vez para programarle la cirugía. En ese sentido, comenta como anécdota que había pacientes que indicaron que iban a recibir un curso de pastelería, por lo que no se va a poder operar, entonces, es un paciente depurado de una vez. Por otra parte, las pacientes que indicaban que tenían una cita en el salón de belleza y solicitaban trasladar la fecha de la operación para otro día, ese tipo de situaciones les permitía hacer una depuración constante de la lista de espera.

Abona el Dr. Ruiz Cubillo que se produjo un cambio de paradigma, en ese momento, la lista de espera es un problema, desde la Dirección del Hospital hasta el que incluye el paciente en la lista de espera y se hace día a día, entonces, semana a semana hay que estar revisando la lista de espera.

Manifiesta la doctora Balmaceda Chaves que en el caso de Otorrinolaringología, muchos de los pacientes cuando fueron atendidos y se les indicó de las cirugías, eran niños que tenían las amígdalas inflamadas, entonces, para hacer la depuración se vuelve a citar al paciente. Por lo que el doctor vuelve a valorarlo y las amígdalas se atrofiaron, se hicieron pequeñas y el médico le indica al paciente que ya no ocupa la cirugía. En ese sentido, se logró depurar muchos pacientes, porque ya su indicación quirúrgica no se requería.

Agrega el doctor Ruiz Cubillo que esa situación fue muy interesante, porque en el momento en que se le indicó la cirugía al paciente sí la ameritaba, pero tal vez hasta modificó el manejo de esas patologías.

A la pregunta del Director Alvarado Rivera, en términos de que se tienen 4.700 pacientes, responde la doctora Balmaceda que es el avance, las metas son 7.000 pacientes, por lo que se llevan 64% de avance. Repite, el proyecto son siete mil cirugías, se tienen 4.701 casos resueltos de la lista de espera, es decir, un 64% de avance del proyecto, de esos 4.000 pacientes, se les realizó la cirugía al 60% y la lista de espera, fue depurada mediante una llamada telefónica y la guía de depuración estableció el 42%.

Pregunta el Director Gutiérrez Jiménez si de los 7.000 pacientes de la lista de espera, se han operado 2.737 pacientes.

Aclara la doctora Balmaceda que de los 7.000 casos, se han operado 2.700 pacientes.

Señala don Renato Alvarado que lo interesante no son los 7.000 pacientes.

La doctora Sáenz Madrigal comenta que si la proyección es 7.000 pacientes y se mantiene, se van a tener 3.000 pacientes depurados de la lista de espera.

El doctor Cervantes Barrantes agrega que ese aspecto, generará un ahorro institucional significativo.

La doctora Priscilla Balmaceda añade que de hecho, en la diapositiva anterior que se presentó, el ahorro depende de la especialidad, porque se puede observar cuáles pacientes fueron resueltos quirúrgicamente y cuáles depurados, por ejemplo, hay unos pacientes

depurados de ORL y la cantidad de pacientes resueltos quirúrgicamente, fue inferior a la cantidad de depurados.

El Dr. Ruiz Cubillo indica que el depurado de ORL implicó que el cirujano valorara el paciente otra vez.

El Director Alvarado Rivera apunta que don Adolfo ha insistido en un aspecto en el que está de acuerdo con él. Se tiene una lista de espera y se produce un impacto solo del 10%, el costo que varía podía ser muy elevado, para que genera un impacto positivo de lo que se está haciendo, lo que sucede es que cuando se indicó que con el proyecto se está procediendo alrededor del 100% y cuando observa los resultados, se tiene en el avance que en lo que se está produciendo impacto es por mes es un 89% y un 88%, o sea un 93% del impacto. Entonces, no es cierto porque ese dato refleja un resultado distinto en el tema, porque se está haciendo una inversión y el impacto que se genera es solo sobre el 10%. Repite, se está haciendo una inversión y se tiene un impacto del 88%, entonces, ese resultado es distinto, por lo que analizando el tema de las listas de espera, en función de los nuevos proyectos de hacer inversión en tiempo extraordinario. Le parece que primero se tiene que hacer la depuración de la lista de espera, para que sobre ella se pueda, entonces, tener una realidad sobre cuál es el impacto que va a producir.

La señora Presidenta Ejecutiva indica que ese proceso tiene una problemática, la doctora Balmaceda lo indicó y cree que para allá se dirigen, pero en este momento con el cúmulo que se tiene, la depuración de la lista de espera se tiene que hacer en paralelo, porque de lo contrario, se tendría que hacer una doble llamada y ese proceso desgasta el equipo que se encarga de hacerlas. Lo anterior, porque lo que se hace es darle a la persona la cita, lo cual no es solo una atención quirúrgica, porque se atiende, se pide el expediente y se anotó, es decir, hay un proceso que se está haciendo. Entonces, por la acumulación de pacientes que se tiene, se está haciendo en forma paralela, por lo que se esperaría que cuando la lista de espera esté en un número más manejable, sea un proceso rutinario.

Interviene el Director Loría Chaves y anota que el abordaje del tema es muy positivo, lo cual permite tomar decisiones sobre el pago de tiempo extraordinario, a partir de experiencias exitosas que se han tenido en cada lugar. Sin embargo, en el tema de los encargados de depurar la lista de espera, le parece que se tiene claro qué sucedió. Le parece que las personas que no asistieron a la cita, porque tenía otro compromiso, por ejemplo, fueron atendidas en otro hospital e, incluso, se trasladó al sector privado para ser atendidas. Para él ese aspecto es significativo, porque también refleja una realidad que se necesita conocer. El paciente que se ausentó es un problema aparte del que ya se atendió en otro lugar y ese tema, es fundamental atenderlo porque podría ser un indicador, en primer lugar de que las personas no esperan los tiempos tan prolongados, entonces, al sentir que su situación de salud es una urgencia y por lo tanto, la Institución no está resolviendo esa urgencia de las personas. Considera que es un aspecto significativo por considerar para tomar los correctivos. Le preocupa porque podría ser que haya personas que se trasladaron a sector privado a recibir atención, pero podrían ser pacientes que fueron atendidos en otras unidades de la Caja, entonces, estima que esa situación se debe detectar para tener una realidad sobre el tema de las listas de espera.

Al Director Fallas Camacho le parece que debe existir un involucramiento institucional completo.

El Director Gutiérrez Jiménez pregunta si cuando se diseñó el proyecto, en términos financieros se modificó el gasto al ser depurada la lista de espera, entonces, se tendría que tener un saldo a favor y le parece que ese aspecto debe quedar constando en actas, porque hay quienes están preguntando mucho por el costo y el tema financiero. Además, del impacto que se ha producido con el proyecto. Por otro lado, le parece que el Dr. Cervantes y su equipo de trabajo, les dan un ejemplo de cómo se gestiona y se lo está reconociendo. La gestión del Dr. Cervantes no le sorprende, porque se caracteriza dado que sus equipos de trabajo funcionan, pero son lecciones aprendidas y considera que se debe nortear el tema, un equipo de esta naturaleza es como lo que decía de los equipos Swat, se deberían de entrenar los equipos de esa manera, para que se logre producir impacto en los hospitales, porque el mismo problema, es el de todos los hospitales. Lo que sucede es que en el Hospital de Heredia el proyecto fue exitoso y en otros, no se logra determinar el impacto que se produce, haciéndose también un gasto significativo.

Continúa la doctora Priscilla Balmaceda y anota que al mes de diciembre del año pasado, se tenía contabilizado un 26% del gasto de lo que se tenía proyectado. En este momento, las únicas especialidades que todavía están trabajando con jornadas de producción, es la de Salpingectomías y cataratas y el pterigion, el resto de las especialidades han terminado. El asunto es que todavía no se han pagado algunos gastos, porque se ha generado un atraso, no obstante, al mes de diciembre del año 2016, el gasto del proyecto es de alrededor de un 26%.

Aclara el doctor Ruiz Cubillo que el proyecto solo paga por el paciente que ha sido operado.

La doctora Balmaceda señala que además, se hace un trabajo con la Gerencia Médica, en términos de que una vez que el mes termina, se calcula cuánto se gastó y es un trabajo, en el que colabora el Lic. Arturo Herrera. Continúa con la presentación y señala que paralelo al proyecto, estaba la optimización de las salas de operaciones y en ese sentido, se evaluaron los indicadores para determinar que se ha cumplido a cabalidad. Por lo que con un indicador que se tiene mucha satisfacción es con el tiempo de utilización de las salas de operación, porque para el mes de febrero de este año, se logró un 85%. El trabajo en equipo fue satisfactorio, se alcanzó lo pactado en optimización de las salas de operaciones y, principalmente, el Tuch se está implementando mediante distintas estrategias en otros indicadores. En ese sentido, se realizaron las jornadas de producción, superando la meta que se tenía para los primeros seis meses. También, el control estricto y la forma de tramitar, les ha permitido tener un control eficiente y eficaz de lo que es el gasto correspondiente a esas jornadas. Por otro lado, la gestión de la lista de espera, ha producido un impactado positivo en la disminución de pacientes y en el tiempo promedio de atención, así como la calidad de las listas de espera. En ese sentido, se deberían crear unidades encargadas de la depuración de las listas de espera, en todos los centros hospitalarios, lo cual permitiría una adecuada gestión de la lista. En el Hospital de Heredia se tiene contemplado en el proyecto y se está pagando bajo modalidad de tiempo extraordinario, porque no se tienen los recursos en la jornada ordinaria. El Sistema de Información ARCA-EDUS, ha sido vital en el proyecto y en la gestión de las listas de espera. Por otra parte, se tiene planteada una solicitud de

prórroga del proyecto, para atender los pacientes que estaban en la lista de espera en el mes de abril del año 2016, por lo que se solicita correr esa lista para el mes de abril del año 2017 y lograr producir un impacto significativo en alrededor de 2.000 pacientes de las listas de espera.

El Dr. Ruiz Cubillo señala que se están planteando otro reto, depurar y limpiar esa lista. Se refiere al equipo y señala que no están presentes físicamente, pero están esperando que les informe de la presentación, porque son los que han hecho el trabajo.

Solicita el Director Alvarado Rivera que se indique el promedio de edad del equipo de trabajo.

La doctora Balmaceda indica que hay otro tema, en el cual se está planteando un reto significativo en el Hospital de Heredia y son los ultrasonidos. En este momento tienen una lista de ultrasonidos que ya superan los 30.000 ultrasonidos. Es un problema que se tiene de administraciones y gestiones anteriores, por lo que se está planteando el proyecto para desarrollar jornadas de producción y resolver esos procedimientos. Hace hincapié en que el tiempo promedio en ultrasonidos, son 1.663 días de espera y se están otorgando las citas, para el año 2024. Hace cuatro años se tenían ocho especialistas y actualmente son cuatro, entonces, se necesita presentar el proyecto, en el que la meta es depurar y asignar cita a 13.634 pacientes, realizar once mil ultrasonidos por 432 jornadas y pasar de dar citas del año 2024 al año 2018. El costo del proyecto es de alrededor de ciento setenta millones de colones.

Pregunta el doctor Fallas Camacho cuál es el costo de un ultrasonido.

La doctora Balmaceda responde que el costo es de doce mil colones.

Señala el Dr. Fallas Camacho que una vez aprobado el proyecto, le produciría satisfacción que se presente, qué sucedió en cuanto a los diagnósticos.

Abona la doctora Sáenz Madrigal que el Dr. Fallas se refiere la detección de una, eventual, patología.

El Dr. Cervantes Barrantes señala que el fenómeno es el mismo, si se llama a una persona que tiene una cita, se le da de tiempo un día más, es decir, se le está ofreciendo un día más a esa persona y, luego, se depura la lista de espera.

Indica el Gutiérrez Jiménez que se están observando muchos ultrasonidos.

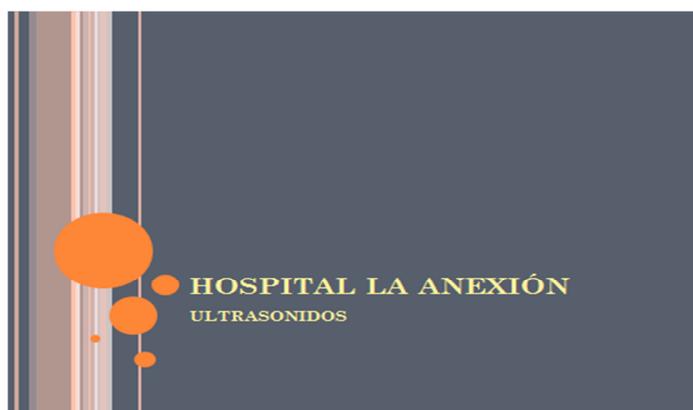
Explica la doctora Balmaceda Chaves que de hecho el Hospital de Heredia, implementó protocolos de ultrasonidos, para el Primer Nivel de Atención, de manera que las órdenes antes indicaban solo abdomen, en este momento, la solicitud incluye una serie de requisitos, los cuales permiten priorizarlos y se ha reducido, una gran cantidad de órdenes de ultrasonido.

Los doctores Cervantes Barrantes, Ruiz Cubillo y la doctora Balmaceda Chaves se retiran del salón de sesiones.

Ingresan al salón de sesiones los doctores Anner Angulo Leiva, Director, y Danny Chaves Hidalgo, Radiólogo del Hospital de La Anexión.

La exposición relativa a la disminución en tiempo de espera de la cantidad de ultrasonidos del área de atracción del Hospital La Anexión está a cargo del doctor Anner Angulo Leiva con base en las láminas que se especifican:

I)



II)

### Disminuir en tiempo de espera la cantidad de ultrasonidos del área de atracción del Hospital La Anexión

#### Generalidad del Proyecto

Listas de espera general de área de atención (número de registros): 5892

Plazo de espera promedio (días): 735

Listas de espera depuradas y certificadas por el Director Médico: Si  No

Listas de espera de la especialidad que impacta al proyecto: Procedimientos en ultrasonido.

Plazo de espera promedio (días) de la especialidad del proyecto: 735.

Cantidad de registros de pacientes en la lista general por año de registro:

Año	2015	2016	2017	Total
Cantidad de registros	1983	3012	897	5892

#### Capacidad Instalada de Establecimiento e indicadores de Gestión

Número total de equipos de ultrasonidos: 1 Número de equipos de ultrasonidos habilitados: 1

Cantidad de Radiólogos (Tiempos completos) en I turno ordinario: 2

Horas designadas por semana a la actividad del proyecto de 15 a 20 horas ( horas/ porcentaje en relación con la distribución total de horas) \_\_\_\_\_

III)

## NOMBRE PROYECTO

Cantidad campos de Ultrasonidos de consulta externa por mes

Meses	Campos asignados por agenda	Cantidad de Ultrasonidos realizados de la agenda
Julio	132	129
Agosto	252	193
Setiembre	132	98
Octubre	252	284
Noviembre	187	194
Diciembre	180	176

**Meta del proyecto e Impacto**

Meta con unidad de medida: \_1500\_ Número de Jornadas de trabajo: \_50\_

Impacto en la lista de la especialidad del proyecto en promedio de días 639 y cantidad de registro: 1450

Presupuesto requerido (partida 2043): **32,635,526.1** colones.

El Dr. Anner Angulo indica que el proyecto que presentará se refiere a ultrasonidos y presenta al Dr. Méndez, Jefe de Radiología. El proyecto se planteó debido a que en el Hospital se tiene una lista de espera de alrededor de 6.000 ultrasonidos. Comenta que hasta el 20 de marzo de este año se tenía un solo radiólogo, lo cual implicaba que dada sus vacaciones profilácticas, el trabajo es de diez meses, con una producción de 15 ultrasonidos por día de Consulta Externa. Lo cual hace que se empiecen a acumular pacientes en espera y a la fecha, un paciente que solicita un ultrasonido, por ejemplo, la fecha se le da para el mes de marzo del año 2020. Con un plazo de espera de 775 días de espera. Se refiere a los pacientes que están en la lista de espera de los años 2015, 2016 y 2017, para un total de 5.892 pacientes con un equipo de radiología. Como lo indicó al 20 de marzo de este año, en el Hospital se tenía solo un radiólogo y se incorporó otro. La idea es hacer 50 jornadas de producción, realizando 30 ultrasonidos por cada jornada, para realizar un total de 1.500 quinientos ultrasonidos. Con la llegada del nuevo radiólogo y los dos radiólogos, el segundo está haciendo tres días de ultrasonidos y dos días que hace interpretación de TAC o estudios especiales. Esa sería la producción que se tiene contemplada, lo cual acortaría los días en 639 días, con un costo de treinta y dos millones de colones, en 50 jornadas de producción. Sería realizar 1.500 ultrasonidos en 50 jornadas de producción. El costo del proyecto son treinta y dos millones seiscientos mil colones y acordaron que en seiscientos treinta y nueve días.

Pregunta la Presidenta Ejecutiva que cuál es el costo.

Responde el Director Devandas Brenes que seiscientos cuarenta mil colones.

El Dr. Angulo señala que 1.500 ultrasonidos, da como resultado treinta y dos millones de colones entre 50 jornadas de producción, es decir, el costo por ultrasonido es de diecisiete mil colones, menos de veinte mil colones por ultrasonido, con la jornada del 14.25% y el radiólogo está de acuerdo.

Ante una pregunta del Director Fallas Camacho, responde el Dr. Anner Angulo que la mayoría de los ultrasonidos son de abdomen, un porcentaje alrededor de un 60%, de tejidos blandos son como un 30%, porque los ultrasonidos por ejemplo de ginecoobstetricia hace el ginecólogo, entonces, todos los estudios que salen del Hospital y algunos que vienen de las Áreas de Salud los va a hacer él.

Ante una consulta del doctor Fallas Camacho, indica el Dr. Angulo que, generalmente, son por dolor abdominal inespecífico o para el diagnóstico, por ejemplo, de una coledocistitis y son la mayoría de los ultrasonidos. También por litiasis renal lateral o porque desde el punto de vista de Urología, el médico del EBAIS determinó antígeno prostático elevado. Continúa con la presentación y anota que para inhibir esa presa o carga de ultrasonidos en Urología, no se esperan a que el paciente tenga la cita de ultrasonido para ser atendido por el urólogo, entonces, se coordina con el urólogo el ultrasonido, para que lo tenga en la consulta. Por lo que si se hace el ultrasonido y se considera que se necesita algunas características más específicas, por ejemplo, que observó algunas nodulaciones o quiere estudiar un aspecto particular, porque el paciente tiene el antígeno prostático elevado y se sospecha de cáncer, en ese caso se solicita la valoración a la radióloga, sino se determina que exista una malignidad en la patología, porque se determina el volumen de la próstata, se mide el residuo, entonces, se define la priorización de la cirugía de próstata y los varicoceles los hace en los ultrasonido, esos procesos disminuyen mucho la carga. Se ha hecho también un proceso de depuración de la lista de ultrasonidos en varias actividades, desde las solicitudes, porque la mayoría provienen con una historia muy escueta, entonces, se están devolviendo sino vienen con una historia más específica. También se tiene identificado algunos sectores, porque se les está enviando más ultrasonidos, por lo que se llama al Director o al médico del EBAIS, para determinar por qué si en un sector, solamente hay dos médicos y uno genera más ultrasonidos que otro, qué es lo que está sucediendo. Por otra parte, se tienen identificados por Área de Salud, por EBAIS, lo tienen identificado también por la mayoría de los ultrasonidos, qué tipo es, algunos son de tiroides, de tejidos blandos, o los solicita el ortopedista porque quiere definir alguna situación.

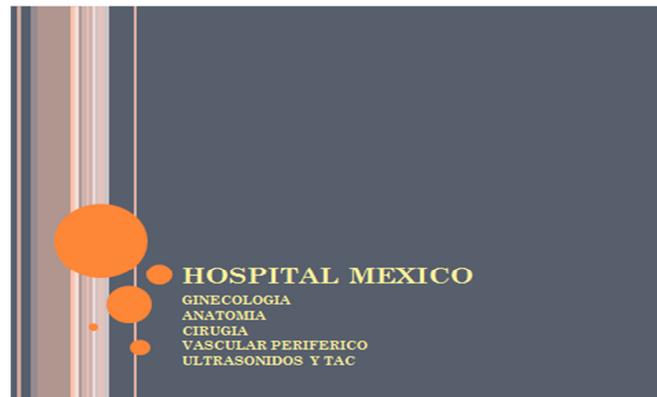
Dada una inquietud del Director Fallas Camacho, señala el Dr. Anner Angulo que el análisis de las órdenes de los ultrasonidos, se empezó porque el resultado de un porcentaje muy significativo, es prácticamente normal. Por ese aspecto se le está solicitando al médico que está haciendo la referencia para ultrasonido, que les dé más elementos y ese EBAIS o ese sector, porque les está enviando más ultrasonidos. Hay un porcentaje de ultrasonidos que, prácticamente, resulta normal. También ha sucedido que se envía a un paciente a hacerse un ultrasonido de tiroides, o de mamas y no se cumple con las normas, entonces, a la persona le resulta un examen de tiroides con un bocio grado uno y se les solicita un ultrasonido. Por ejemplo, a una paciente se le envía a realizar un ultrasonido de mama y no calza con una buena historia clínica de la paciente.

Sobre el particular, señala la doctora Sáenz Madrigal que se ha estado trabajando en todo el catálogo de procedimientos de rayos equis, por lo que se está planteando cuáles son los criterios de referencia, para tener más control. Por lo que se continuará estandarizando el tema de que se vuelva a la clínica.

Los doctores Anner Angulo Leiva y Danny Chaves Hidalgo, se retiran del salón de sesiones.

Ingresa al salón de sesiones el doctor Douglas Montero Chacón, Director del Hospital México, quien, con el apoyo de las láminas que se especifican, en adelante, se refiere a los resultados de las Jornadas de Producción del Hospital México Para la lectura de mamografías, Unidad Técnica de Listas de Espera:

1)



2)

### REPORTE DE TAC

#### Generalidad del Proyecto

Listas de espera general de área de atención (número de registros): 796  
 Plazo de espera promedio (días): **120 máximo, 60 promedio**  
 Listas de espera de la especialidad que impacta a la proyecto **CERO**  
 Plazo de espera promedio (días) de la especialidad del proyecto **AL DÍA**

Cantidad de registros de pacientes en la lista general por año de registro:

Año	2016	2017	Total
Cantidad de registros	5	791	796

3)

### REPORTE DE TAC

Número total de equipos de ultrasonidos: 03  
 Número de equipos de ultrasonidos habilitados: 03

Cantidad de Radiólogos (Tiempos completos) en I turno ordinario:  
**14 (3 medios tiempos, 01 Jefatura)**

Horas designadas por semana a la actividad del proyecto  
 (horas/ porcentaje en relación con la distribución total de horas):  
**116 horas. Representa el 22,1% del tiempo.**

4)

### REPORTE DE TAC

**Meta del proyecto e Impacto**

Meta con unidad de medida: **30 TAC por jornada**

Número de Jornadas de trabajo: **117 todo el proyecto/ año**

Número de jornadas por semana: **3 jornadas**

Impacto en la lista general en días promedios y cantidad de registros: **control a termino de lista**

Presupuesto requerido (partida 2043): **110.177.519,22**

5)

### REPORTE DE US

**Generalidad del Proyecto**

Listas de espera general de área de atención (número de registros) **9101**

Plazo de espera promedio (días): **240 días**

Listas de espera de la especialidad que impacta a la proyecto **CERO**

Plazo de espera promedio (días) de la especialidad del proyecto **AL DÍA**

Cantidad de registros de pacientes en la lista general por año de registro:

2016			2017		
Pendientes	Realizados	Total	Pendientes	Realizados	Total
5799	242	6041	3026	34	3060

Cantidad de Radiólogos (Tiempos completos) en I turno ordinario: **14 (3 medios tiempos, 01 Jefatura)**

Horas designadas por semana a la actividad del proyecto ( horas/ porcentaje en relación con la distribución total de horas): **112 horas. Representa el 20,4% del tiempo.**

6)

### REPORTE DE US

**Meta del proyecto e Impacto**

Meta con unidad de medida: **30 US por jornada**

Número de Jornadas de trabajo: **106 en todo el proyecto en un año**

Número de jornadas por semana: **4 jornadas**

Impacto en la lista general en días promedios y cantidad de registros: **control a termino de lista**

Presupuesto requerido (partida 2043): **65.982.017,16**

7)

### ANATOMÍA PATOLÓGICA: REPORTE DE BIOPSIA

Generalidad del Proyecto

Listas de espera general de área de atención (número de registros)

## 3471, todas del 2017

Plazo de espera promedio (días): 60 días,  
Listas de espera de la especialidad que impacta a la proyecto: CERO  
Plazo de espera promedio (días) de la especialidad del proyecto: AL DÍA

Meta con unidad de medida:  
Basado en Sistema Ingles: Oscila entre 3-4 biopsias/h = 10 puntos / hora  
Presupuesto requerido (partida 2021) TIEMPO EXTRAORDINARIO:

## 133.197.989,76

8)

### CIRUGIA GENERAL BARIATRICA, HERNIAS Y VESICULAS

Año	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Total
Bariátrica	2	63	188	193	201	67	714
Colecistectomías	1	14	22	270	246	48	601
Hernioplastias	16	90	92	96	125	29	448

Año	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Bariátrica	0	0	0	0	80	120	120	40
Colecistectomías	0	0	0	0	219	220	262	80
Hernioplastias	0	0	0	0	125	118	118	18

Año	T.E.I	T.E.F.
Bariátrica	567	208
Colecistectomías	453	131
Hernioplastias	683	306

71%      63%      56%

9)

### CIRUGIA GENERAL BARIATRICA, HERNIAS Y VESICULAS

Meta del proyecto e Impacto

TIPO DE JORNADA	DÍAS DESTINADOS/ SEMANA	NÚMERO DE PACIENTES POR JORNADA
Bariátrica	3	2
Hernias Ventrales	1	2
Colecistectomías	1	4

Número de Jornadas de trabajo: 520 jornadas en dos años.

Presupuesto requerido (partida 2043): 1.594.945.196

10)

### GINECOBSTETRICIA CIRUGIA GINECOLÓGICA Y SALPINGECTOMIA

**GINECOLOGÍA**

Año	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Total
ANTES PROYECTO	0	3	24	163	719	197	1106
DESPUES PROYECTO	0	0	0	0	529	197	726

**Salpingectomia**

Año	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Total
ANTES PROYECTO	2	8	28	350	235	48	671
DESPUES PROYECTO	0	0	0	0	188	48	236

**Tiempos de espera**

Año	2012	2013
GINECOLOGÍA	426	324
SPB	671	240

11)

### GINECOBSTETRICIA CIRUGIA GINECOLÓGICA Y SALPINGECTOMIA

TIPO DE JORNADA	DÍAS DESTINADOS/ SEMANA	NÚMERO DE PACIENTES POR JORNADA
Ginecología	3	5
SPB	2	6

Número de Jornadas de trabajo: **260 anual**

Presupuesto requerido (partida 2043): **797.472.598**

12)

### VASCULAR PERIFERICO CIRUGIA VENOSA

Año	2013	2014	2015	2016	2017	Total
ANTES	12	30	125	111	16	294
DESPUES	0	0	66	111	16	193

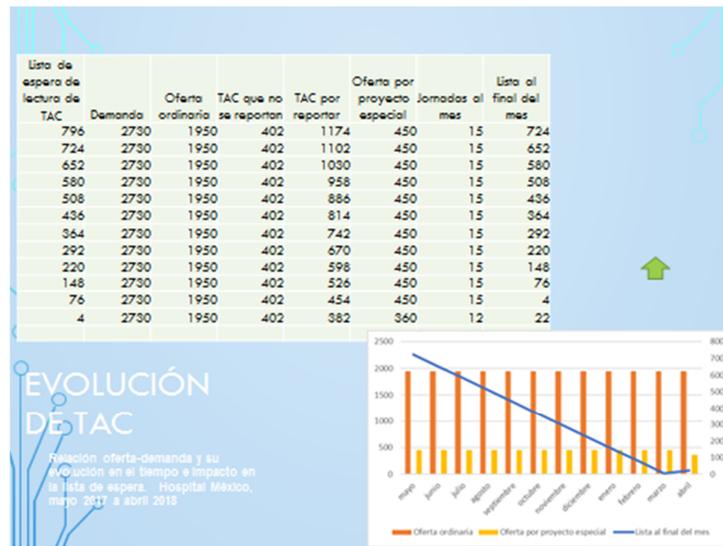
Año	Tiempo de espera
ANTES	287
DESPUES	203

04 pacientes/jornada  
52 jornadas/anual

**Presupuesto  
321.216.622,56**

13)



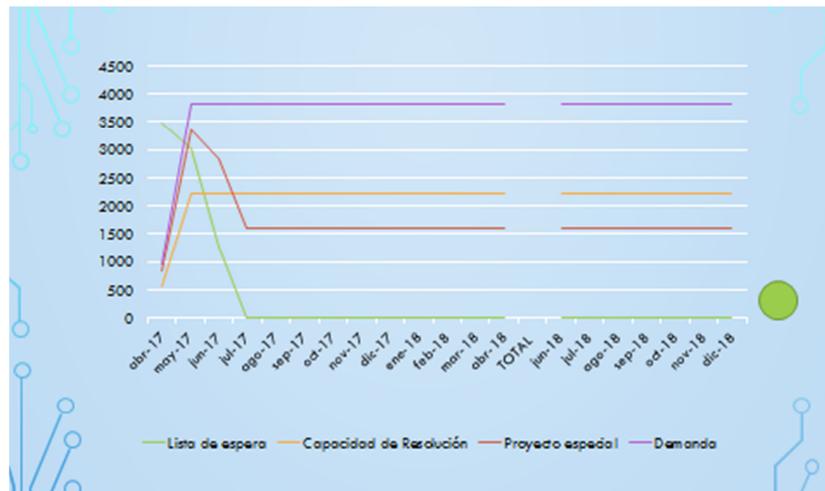
14)



15)

Mes	Lista de espera	Capacidad de Proyecto Resolución especial Biopsias	Demanda final de mes	Situación para atender demanda	Horas para atender demanda	Costo por mes: (según costo por hora de TE: 20.317)
abr-17	3471	555	840	950	3026240	4.876.070,40
may-17	3026	2220	3360	3810	1256960	19.504.281,60
jun-17	1256	2220	2846	3810	0813	16.520.590,90
jul-17	0	2220	1590	3810	0454	9.229.704,69
ago-17	0	2220	1590	3810	0454	9.229.704,69
sep-17	0	2220	1590	3810	0454	9.229.704,69
oct-17	0	2220	1590	3810	0454	9.229.704,69
nov-17	0	2220	1590	3810	0454	9.229.704,69
dic-17	0	2220	1590	3810	0454	9.229.704,69
ene-18	0	2220	1590	3810	0454	9.229.704,69
feb-18	0	2220	1590	3810	0454	9.229.704,69
mar-18	0	2220	1590	3810	0454	9.229.704,69
abr-18	0	2220	1590	3810	0454	9.229.704,69
<b>TOTAL</b>						<b>133.197.989,76</b>

16)



El Dr. Douglas Montero Chacón refiere que se presentarán los proyectos especiales del Hospital México, los cuales son cinco y en el proyecto, comprende imágenes médicas que son el TAC y los ultrasonidos. Además, en el informe se incluye anatomía patológica y el reporte de biopsias, los cuales son los más importantes, porque están asociados con la oportunidad de atención en cáncer y es uno de los temas más importantes, para mejorar la calidad en la atención. En cuanto a Cirugía General presenta tres tipos de cirugía, la bariátrica, hernias y vesícula, comenta que anteriormente, se había aprobado un proyecto hace mucho tiempo y, además, ya fue evaluado, porque hace más de seis meses terminaron esos proyectos, pero se han vuelto a acumular pacientes. En Ginecoobstetricia la cual incluye Salpingectomías Bilaterales y Cirugía Ginecológica y Vascular Periférico con cirugía venosa. Muchas de esas cirugías se acumulan, dada la limitación de salas de operaciones que se tiene y, segundo, porque una gran cantidad de los pacientes que atienden son de dos grupos cáncer y trauma y no permiten que se movilicen las patologías más benignas o que sean menos preocupantes. En este momento, la lista de espera de TAC, no es hacerlos sino para el reporte y la lista es de 796 y la máxima cantidad de días en espera, son 120 días promedio. Con un acelerado trabajo se llega a no tener lista de espera, no obstante, sucede que se tiene la oferta para reportar TAC, pero es insuficiente todos los días, porque siempre se hacen alrededor de 330 TAC, por lo que se van acumulando en el tiempo. En este momento, se están realizando menos TAC, por lo que los radiólogos se dedican a reportar. Entonces, la idea de este proyecto es hacer jornadas para reporte de TAC. En el formato de la Gerencia Médica, en el que se indica cuántos radiólogos hay, se tienen 14 radiólogos, tres son de medio tiempo y uno de la jefatura y el porcentaje de tiempo dedicado a reporte de TAC de todos los médicos es un 22.1%, es decir 116 TAC. En el reporte de TAC, la meta es realizar la lectura de 30 TAC por jornada de trabajo que, independientemente, del grado de complejidad, son 117 jornadas en todo el proyecto. Son alrededor de tres jornadas por semana las que se trabajarían, no obstante, lo que se hace es mantener la lista a término, es decir, lograr reportar los exámenes a tiempo y que no se acumulen. El presupuesto para es de ciento diez millones de colones. El segundo proyecto corresponde a ultrasonido y se tienen en lista de espera, 9.100 ultrasonidos, el tiempo promedio es de 240 y con esa fórmula, destaca rápidamente para llegar a cero también la lista. En este momento, de los años 2016 y 2017 se tienen pendientes, porque aunque se han realizado, hay acumulados y representan el 20.4% de los radiólogos. Si se

observa hay un 20% y un 20.4% y se está a la mitad del tiempo, de lo cual hay que sumarle cerca de un 5% en mamografías, porque no están en el reporte y en el resto del tiempo, está contemplada la alimentación de los funcionarios, así como una cantidad significativa de sesiones interdisciplinarias y otras, así como el reporte de los demás procedimientos, por ejemplo, lecturas de placas, estudios y procedimientos médicos, entre otros. En los reportes de ultrasonidos se está indicando cuántos ultrasonidos se tienen pendientes y cuántos habilitados. Por ejemplo, se tienen tres para el Servicio de Rayos Equis, también la medida de producción es 30 ultrasonidos por jornada. Se está proyectando hacer 106 jornadas de producción y son alrededor de cuatro jornadas por semana. Con el proyecto se mantendría la lista de ultrasonidos al día del Hospital y de la red, porque los procedimientos no son solo del Hospital México, sino que también se manejaría la red y el monto estimado es de sesenta y cinco millones de colones. Hace hincapié en que el proyecto de ultrasonidos, no es permanente, porque contempla los que se han acumulado, por diversa razón pero este proyecto se concretará en ocho meses. Entonces, se estará al día entre lo que la oferta del Hospital da y los ultrasonidos que demandan, de manera que el proyecto termina a los ocho meses y no habrán más jornadas de producción de ultrasonidos. El hospital volvería a quedar en equilibrio entre la demanda y la oferta y se esperaría que en muchos años, no se tenga que presentar este proyecto, excepto, que volviera a suceder una situación particular, por ejemplo, que se vayan los radiólogos o que se modifique la oferta, entonces, se llegaría a un punto de equilibrio entre la oferta y la demanda. A diferencia del proyecto anterior relacionada con los procedimientos de TAC, siempre va a haber una lista de espera y se tiene que continuar reportando los ultrasonidos. Repite, el proyecto concluirá en ocho meses, de manera que el proyecto de TAC es de un año y el proyecto de ultrasonido es de ocho meses. En TAC es muy probable que se tenga que presentar de nuevo, para solicitar una extensión del proyecto, porque es una necesidad, excepto que se incorporen más radiólogos al Hospital, en ultrasonido se espera que no sea así. Por otra parte, se presentará el proyecto para el reporte de biopsias, actualmente, se tienen en lista de espera 3.471 biopsias, con un plazo de espera de 70 días. La idea del proyecto es tenerlo en cero. Al principio la producción es un poco elevada pero luego disminuye. La producción se basa en el sistema inglés, el cual es el que está utilizando la Institución en general, porque son el reporte de tres a cuatro biopsias, según la complejidad que equivalen a diez puntos por hora. Entonces, lo que se hace son alrededor de tres o cuatro biopsias por hora, pero a diferencia de los otros proyectos, no son de jornadas especiales con el 14.25%, porque sería el pago de tiempo extraordinario común y corriente, entonces, se pagaría por hora de tiempo extraordinario. La diferencia es que para el cálculo, existe un sistema también confeccionado, el cual está incluido en el informe, entonces, a los radiólogos se les da la cantidad de biopsias que representan tantas horas y se aceptan hasta que se entreguen reportadas. Es un trabajo que se hace domiciliar, por lo que se presenta el reporte, se paga ese número de horas a las personas, cuando presenten el número de horas a las personas y cuando se entregue el reporte. Reitera, no se pagan esas horas dedicadas hasta que presente el reporte y, repite, es por tiempo extraordinario. Lo cual tiene la ventaja que permite la flexibilidad, por lo que si hay muchas biopsias, el número de horas se eleva, pero si las biopsias disminuyen, también el número de horas. Lo que se tiene de diferente y está cuantificado, es que para los tres proyectos -ultrasonidos, TAC y patología-, se tiene identificada la producción diurna y el compromiso, es mantener la producción diurna, para que se maneje igual y no se pagará ni jornadas, ni tiempo extraordinario si la producción diurna disminuye del rango. Aclara que es un rango que tiene un mínimo y un máximo, con las variantes de vacaciones y esos aspectos, pero si la producción disminuye de ese rango, los funcionarios conocen que no se autorizará el pago por tiempo extraordinario, excepto que haya una clara evidencia de una

situación muy particular y no se logre mantener la producción. En cuanto al proyecto de cirugía bariátrica, la condición que se tiene en este momento, es similar a la de los años del 2012 al 2017, y es como terminaría el proyecto después de dos años. El proyecto se está solicitando por dos años, para lograr avanzar porque de lo contrario, no se determina que se avance en un año. En este momento, se está determinando que los tres proyectos, en el año 2015 estaban en cero y se tienen las cifras que van disminuyendo en el año 2016. En días de espera se está con 577 días los días de espera inicial y se terminarían con 280 días de espera en la cirugía bariátrica, en colecistectomía y en hernias disminuir de 681 pacientes a 310. Porcentualmente, se disminuiría un a un 63% en cirugía bariátrica, un 71% en cirugías de vesículas y un 56% en hernias. Se estaría produciendo un acercamiento, porque habría pacientes de los años 2018 y 2019, porque se está proyectando la producción más o menos estándar. Cuando se indica que son los tiempos de espera, se está calculándolo cuando termina el proyecto, sumando toda la demanda que viene de más, porque si se compara con lo que hay en este momento, no quedaría casi nada de pacientes, la lista se acortaría, entonces, es sosteniendo la demanda. En cirugía bariátrica se opera tres días por semana, dos pacientes. En hernia se opera solamente un día, dos pacientes y en vesícula se opera en un día cuatro pacientes. El proyecto consta de 520 jornadas de producción, en dos años y el costo del proyecto es de alrededor de mil quinientos noventa y cuatro millones de colones. Entonces, se trabajaría todas las semanas en cirugía, tal y como se distribuye en este momento, aclara que es el proyecto de un costo más elevado, porque es semanal y todos los días se recupera. Por ejemplo, comenta que en Ginecología se tiene una situación anterior al proyecto y después de que se acabó el proyecto, se terminaron las listas de espera hasta con las del año 2015 y parte del año 2016 y en Salpingectomías, se terminó con la lista de espera que se tenían acumuladas hasta el año 2015 y una buena parte del año 2016. Entonces, los tiempos de espera en Ginecología pasarían de 426 a 324 y de 671 a 240. En Ginecología se estarán operando tres días por semana, cinco pacientes y en Salpin, dos días y la cantidad de pacientes similar a los demás proyectos. Este es un proyecto de un menor costo, porque son setecientos noventa y cuatro millones de colones, dado que es un proyecto de un año y el otro o proyecto era de dos años. Se refiere a la cirugía venosa, se terminó con la lista de espera de los pacientes de los años 2013, 2014 y parte del 2015 y los tiempos de espera están variando. En realidad es que se opera cuatro pacientes por jornada y solo se van a dedicar dos días, entonces, no es una gran producción y se operan solo cincuenta y dos días. Además, se está implementando una gran estrategia de la Presidencia Ejecutiva y de la Gerencia Médica, para eliminar las listas de espera, aunque el principal beneficio es para los pacientes, también hay un beneficio secundario para los médicos.

Pregunta el Director Devandas Brenes si esta jornada también se beneficia a especialistas que trabajan medios tiempos y cuartos de tiempo.

Responde el Dr. Montero Chacón que en el proyecto, no están participando médicos que trabajen esos tiempos.

Consulta el doctor Devandas Brenes que si solo tiempo completo.

Responde el Dr. Montero Chacón que los especialistas que no trabajan tiempos completos, en las jornadas de producción no participan. No obstante, en la patología si trabajan porque se acomodan al tiempo que tengan. Repite, en las de jornadas de producción no, porque solamente tienen que tener el tiempo completo para hacerlo.

En cuanto a una pregunta del Director Devandas Brenes, tendiente a conocer cuál es la suma total de los proyectos, responde el Director Alvarado Rivera que mil millones de colones. Además, el costo de los proyectos que se han realizado es de dos millones de dólares.

Abona el Director Fallas Camacho que son tres mil millones doscientos mil colones.

Señala el Dr. Devandas Brenes que son cinco millones de dólares. Por otra parte, aprovechando el impase que de nuevo van al tema de metodología, por ejemplo, el tema de las listas de espera, la depuración en el Hospital de Heredia, en este caso sería el Hospital México.

Aclara la doctora Sáenz Madrigal que todos los hospitales hacen depuraciones.

El Director Devandas Brenes señala que sería importante establecer un método.

Agrega don Renato Alvarado que una metodología de presentación.

Aclara la doctora Rocío Sáenz que el Hospital de Heredia, presentó el resultado de la jornada de seis meses.

Señala don Mario que no se conoce cuál es el resultado que ha tenido el Hospital México, en el manejo y depuración de las listas de espera, ni la de los otros hospitales. Le parece que ese dato es importante.

Al respecto, señala la doctora Sáenz Madrigal que el Hospital de Heredia está adelantado.

Al Director Alvarado Rivera le parece que, eventualmente, se debería homogenizar los criterios de presentación, para poder hacer un cuadro comparativo por hospitales o por unidades.

La señora Presidenta Ejecutiva indica que todos los hospitales tienen el mismo formato.

El doctor Montero Chacón se retira del salón de sesiones.

Ingresa al salón de sesiones el doctor Rafael Cortés Ángel, quien se refiere al Proyecto para la lectura de mamografías, Unidad Técnica de Listas de Espera, y –al efecto- se apoya en las láminas que se especifican:

1)



- Evaluación del “Proyecto para optimizar el tiempo de espera en el reporte de Mamografías. 2016”, Artículo 9, de la Sesión 8849 del de 16 de junio 2016

Gerencia Médica  
Unidad Técnica de Listas de Espera

2)



## Acuerdos Junta Directiva

- Artículo 60°, sesión N°8610, del 15/11/2012, para la interpretación de 18.000 mamografías.
- Artículo 28°, sesión N°8630, del 21/03/2013, para la interpretación de 13.720 mamografías.
- Artículo 13°, sesión N°8709, del 08/04/2014, para la interpretación de 21.248 mamografías.
- Artículo 13°, sesión N°8802, del 24/09/2015, para la interpretación de 41.082 mamografías.

3)



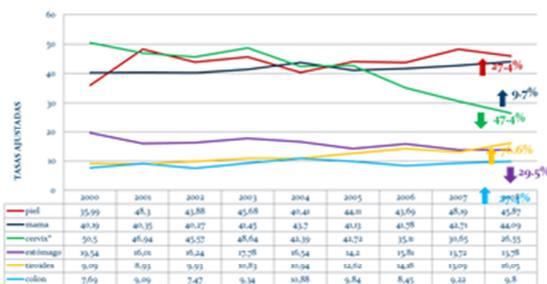
## Antecedentes

- Plan Nacional de Desarrollo, y en su objetivo sectorial:  
 "Mejorar el Estado de Salud de la población y la calidad de vida", y específicamente en el programa 1.2 Detección temprana, control y rehabilitación de las personas con cáncer
- Meta 1.2.1.2. Mamografías a nivel nacional incrementadas, con énfasis en mujeres de 45 a 69 años.
- Meta 1.2.1.3 Reporte de mamografías obtenidos en 30 días después de realizadas.

4)



## Estado del Cáncer en Costa Rica, 2012



Fuente: Registro Nacional de Tumores, Ministerio de Salud, 2012  
 \*Incluye in situ e invasor

5)

**Total de Mamografías Interpretadas según Red y Centro en el año 2016.**

CENTROS MEDICOS	TOTAL REPORTES
<b>ESPECIALIZADO</b>	<b>6.248</b>
CARIT	6.248
<b>RED NOROESTE</b>	<b>6.534</b>
H.SAN FRCO.ASIS	1.856
H.SAN RAFAEL ALAJUELA	2.300
H.SAN CARLOS	1.247
H. MONSEÑOR SANABRIA	1.131
<b>RED OESTE</b>	<b>9.121</b>
H. CALDRON GUARDIA	425
HOSPITAL DR. TONY FACIO	1.983
A.S. GOICOECHEA 2	1.227
H. WILLIAM ALLEN	2.621
A. SALUD CORONADO	333
HOSPITAL DR. MAX PERALTA	2.532
<b>RED SUR</b>	<b>9.296</b>
H. SAN VITO	907
CL. MARCIAL FALLAS	6.154
C.A.L.S. PURISCAL	1.106
H.SAN JUAN DE DIOS	1.229
<b>TOTAL</b>	<b>31.199</b>

Fuente: UTLE-Elaboración propia.

6)

*Resultados: Proyecto para optimizar el tiempo de espera en el reporte de mamografías en los Centros Médicos de la CCSS. 2016,*

RED Y NOMBRE DEL CENTRO	BIADS 4	BIADS 4 A	BIADS 4 B	BIADS 4 C	BIADS 5
<b>ESPECIALIZADO</b>					
CARIT	—	9	—	1	1
<b>RED NOROESTE</b>					
H.SAN FRCO.ASIS	—	—	1	—	1
H.SAN RAFAEL ALAJUELA	—	—	2	2	1
H.SAN CARLOS	2	—	—	—	—
H. MONSEÑOR SANABRIA	—	4	9	2	—
<b>RED OESTE</b>					
HOSPITAL DR. TONY FACIO	4	—	1	—	1
H. WILLIAM ALLEN	—	—	—	—	3
A. SALUD CORONADO	1	—	1	—	—
HOSPITAL DR. MAX PERALTA	—	7	2	1	—
<b>RED SUR</b>					
CL. MARCIAL FALLAS	—	1	—	—	—
C.A.L.S. PURISCAL	—	2	2	—	—
H.SAN JUAN DE DIOS	1	2	2	—	1
<b>TOTALES</b>	<b>2</b>	<b>22</b>	<b>21</b>	<b>4</b>	<b>10</b>

Fuente: Unidad Técnica Línea de Espera.

7)

**Presupuesto Erogado para la interpretación de mamografías en el Año 2016.**

Estudio	# Estudios	Costo Unitario	Costo Total
<b>Lectura de mamografías</b>	31.215	€4.963.6	€154,938,774.00

Fuente: Elaboración Propia.

8)



### Plazo de Espera promedio para la interpretación de mamografías.2016

Centro Médico	Promedio de días de reporte	
	Marzo 2016	Diciembre 2016
CAIS CAÑAS	79	67
CARIT	58	75
CLINICA JIMENEZ NUÑEZ	-	76
CLINICA DE CORONADO	50	-
CLINICA MARCIAL FALLAS	171	-
H. GUAPILES	10	65
H. TONY FACIO	81	112
H. WILLIAM ALLEN (TURRIALBA)	71	56
HOSPITAL TOMAS CASAS CASAJUS	51	63
PURISCAL	133	96
H.CIUDAD NELLY	-	88
H.MEXICO	-	65
HOSPITAL ENRIQUE BALTODANO	-	16
H. MONSEÑOR SANABRIA	-	46
H. SAN CARLOS	-	15
H. SAN RAFAEL DE ALAJUELA	-	156
<b>Total</b>	<b>70</b>	<b>65</b>

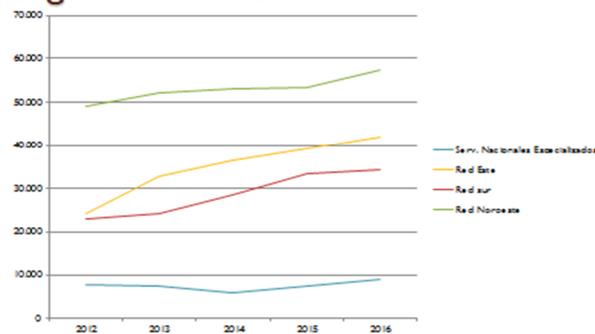
Fuente: Elaboración Procola con base a información suministrada por las Direcciones Médicas

9) Situación actual.

10)



### Total de Mamografías Realizadas según Red de Servicios de Salud



Fuente: Área de Estadística en Salud.

11)



### Lista de Espera Para Interpretación de Mamografías.

DIRECCIÓN REGIONAL	CENTROS MEDICOS	TOTAL
NACIONAL	HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS	150
ESPECIALIZADOS	HOSPITAL MATERNO CARIT EVA	1.526
ESPECIALIZADOS	HOSPITAL RAUL BLANCO CERVANTES	30
BRUNCA	HOSPITAL ESCALANTE PRADILLA	1.201
BRUNCA	HOSPITAL TOMAS CASAS	575
BRUNCA	HOSPITAL SAN VITO	127
BRUNCA	HOSPITAL CIUDAD NELLY	84
CENTRAL SUR	C.SOLON NUÑEZ FRUTOS	4.286
CENTRAL SUR	HOSPITAL WILLIAM ALLEN TAYLOR	1.116
CENTRAL SUR	AREA DE SALUD DE CORONADO	171
CENTRAL SUR	AREA DE SALUD PURISCAL - TURRUBARES	2
CHOROTEGA	CAIS CAÑAS	445
CHOROTEGA	HOSPITAL ENRIQUE BALTODANO BRICEÑO	440
HUETARATLANTICA	HOSPITAL TONY FACIO	484
CENTRAL NORTE	HOSPITAL SAN FRANCISCO DE ASIS	3.253
PACIFICO CENTRAL	HOSPITAL MONSEÑOR SANABRIA	1.191
<b>TOTAL</b>		<b>15.081</b>

Fuente: UTLE - Direcciones de los Centros Médicos

12)



### Situación de la Especialidad de Radiología

- Total de 122 Médicos Radiólogos Laborando a nivel nacional.
- Horas contratadas a la semana 4.872, en condiciones óptimas (Equivalente a 110 Jornadas de 44 horas semanales)
- Vacaciones, vacaciones profilácticas, permisos, congresos, etc; disminuyen en promedio un **20%** de la capacidad instalada de un centro médico

13)



### Situación en las Mamografías

- 14 centros médicos, no cuentan con horas destinadas para la lectura de Mamografías
- 142.635 MMG realizadas en el año 2016, 2.743 semanales.
- Capacidad institucional para la lectura de mamografías 1.375, déficit de 1.368 mamografías semanales, 71.36 mamografías anuales.
- Actualmente 15.000 mamografías pendientes de lectura
- Pago por Mamografía interpretada €4.963,6, para un total de 50.000 mamografías a interpretar a Dic 2017 por un total de €250.000.000 (€ 357.500.000,00 incluidas cargas sociales).

Respecto del Proyecto para la lectura de mamografías, Unidad Técnica de Listas de Espera, el Dr. Rafael Cortés expone que es la primera parte de la evaluación del proyecto, para utilizar el tiempo de espera en reporte de mamografía que fue aprobado por esta Junta Directiva en el año 2016. Destaca que es un proyecto que, básicamente, desde el año 2012 se ha venido solicitando a la Junta Directiva su aprobación, para lograr sustentar una problemática en el tema de interpretación de mamografías. Adicionalmente, el proyecto tiene un valor agregado, debido a que dentro del Plan Nacional de Desarrollo (PND), hay una meta específica que está contemplada, para lo que es la lectura oportuna de las mamografías. Por lo que la Gerencia Médica a través de la Junta Directiva, solicita la aprobación del proyecto, para tratar de estar acorde con el lineamiento de la meta solicitada dentro del PND. Recuerda el tema está relacionado con la incidencia del cáncer de mama, dado que está en el segundo lugar de la incidencia nacional de mujeres con esa patología. El proyecto como tal durante los seis meses que se ejecutó en el año 2016 y liderado por la Gerencia Médica, tuvo la interpretación de 31.191 mamografías a nivel país de los diferentes centros médicos. En algunos se siente el aporte más importante que otro, debido al déficit de médicos radiólogos que se tiene respecto de otros. Por ejemplo, la Clínica Marcial Fallas tiene 6.154 lecturas pendiente, en uno de los centros donde más se leyeron pero, definitivamente, el apoyo fue significativo, pues solo tiene uno o dos radiólogos y su tiempo, por ejemplo, se invierte más que todo en la parte de ultrasonidos.

El Director Gutiérrez Jiménez pregunta que de ese total de mamografías, cuántas resultan positivas con una patología que compromete la salud de las mujeres.

El Dr. Rafael Cortés responde que fueron 73 las que resultaron positivas.

Pregunta el licenciado Gutiérrez Jiménez de las 31.191 lecturas que se hicieron.

En cuanto a una inquietud de don Adolfo indica el Dr. Cortés que están dentro del margen y el porcentaje es menos del 1% y, generalmente, tiende a ser positivo a nivel internacional. Sin embargo, sigue siendo el método de tamizaje.

Continúa el doctor Cortés y señala que el precio estándar que se ha establecido para el reporte de una mamografía, es de cuatro mil novecientos sesenta y tres colones, para un total invertido de ciento cincuenta y cuatro millones novecientos treinta y ocho mil colones, lo cual fue la erogación que se tuvo que hacer, para los seis meses de interpretación de mamografías en el año 2016.

Respecto de una inquietud de don Adolfo, señala el Dr. Cortés que el número de lecturas de mamografías se determina en tiempo, es decir, a marzo del año 2016 se tienen 60 días promedio de espera, el tiempo entre la realización y su interpretación, es lo que se está tratando de resolver. Al mes de diciembre del año 2016, se logró disminuir el número de lecturas a 65 días.

El Director Gutiérrez Jiménez indica que, entonces, significa que se invirtieron cincuenta y cuatro millones de colones, para disminuir el tiempo de la lectura de mamografías en cinco días.

Comenta el Dr. Cortés Ángel que es un logro de disminuir cinco días, porque es dada la brecha de necesidades que se tienen, adicionalmente, es el TAC.

El licenciado Gutiérrez Jiménez manifiesta su preocupación y solicita que se analice la inversión. Se acaba de gastar ciento cincuenta y cinco millones de colones y se logró disminuir el plazo de espera en cinco días, es decir, de 70 días a 65 días. Entonces, le parece que para efectos del acta, es importante conocer cuánto era el universo, o sea, el 100% de la lista de espera en esa área, porque cuando se indica que disminuyó de 70 a 65 días, si se compara con la inversión de ciento cincuenta y cinco millones de colones, pareciera que el impacto que se produce no es significativo. Como lo indicarían los auditores pero el proyecto tiene una conformación de número y claro de volumen. Sería muy importante conocer en cuanto se está produciendo impacto, al haberse invertido ese monto. Además, el Dr. Cortés hace referencia de un tema importante, en términos de que no es sólo en cuánto se produjo impacto, sino en cuánto no se permitió que la lista de espera se elevara, es decir, no solo se está disminuyendo el plazo en cinco días.

El Dr. Cortés indica que este proyecto se terminó al mes de diciembre del año 2016, no se presentó ante la Junta Directiva, porque quedaba pendiente de reportar la producción de los centros médicos, por alrededor de 3.000 mamografías.

Pregunta el Director Gutiérrez Jiménez cuánto era el universo.

Responde el doctor Rafael Cortés que al año 2016, el aumento en cantidad de mamografías fue de alrededor de 43.000 mamografías que se realizan a nivel de país. La brecha que se tiene institucionalmente del tiempo que se tiene destinado a los centros médicos, para la lectura de las

mamografías, con respecto del tiempo contratado que hay, anualmente se puede llegar a dejar de leer alrededor de 73.000 mamografías anualmente, respecto de la capacidad instalada que se tiene. Los centros médicos a través de este proyecto y, también, bajo algunos otros esfuerzos propios de cada centro, en este momento tienen básicamente las lecturas de las mamografías que se han acumulado del mes de enero a la fecha.

Insiste el Director Gutiérrez Jiménez en que le preocupa, porque cuando se empezó el proyecto se tenían 100 mamografías pendientes de lectura.

Aclara el Dr. Cortés que el tema es muy dinámico.

Al respecto, indica el licenciado Gutiérrez Jiménez que no es un aspecto relevante, porque aunque se tenga 100 mamografías pendientes, la cantidad se va elevando. Entonces, una forma de analizar el tema, es el crecimiento lo cual es muy bueno, porque hace que la brecha no sea mayor, pero para efecto del acta, es importante establecer cuál fue el resultado, no de los cinco días de plazo que disminuyó, sino cuál fue el impacto que se produjo, para determinar si el proyecto fue un éxito. En ese sentido, si los esfuerzos económicos que se están haciendo están produciendo impacto, porque el tema no le queda claro.

Interviene la doctora Sáenz Madrigal y señala que se tiene que avanzar en la presentación, porque el doctor Cortés tiene que presentar otra información.

El Dr. Cortés refiere que se tiene la situación actual, porque es el tema de realización de mamografías. Si se observa del año 2012 al año 2016 como van en aumento, la cantidad de mamógrafos que se han instaurado a nivel institucional. Además, se ha hecho que la cantidad de mamografías que se llegaron a realizar, más bien van totalmente en aumento, al punto que se indicó que para el año 2016, prácticamente, se realizaron 143.000 mamografías aumentando en 40.000 la cantidad que se venían realizando en el año 2012. A la fecha al corte del mes de marzo de este año, se tienen 15.000 mamografías pendientes de reportar. Comenta que al finalizar los meses de enero a marzo del año 2015, solo se tenían 3.000 mamografías pendientes de reporte, es decir, cuando se inició el proyecto anteriormente. Sin embargo, tal y como se hizo con el proyecto, se trata de producir impacto en el tiempo promedio de espera, no tanto la cantidad por el dinamismo de la lista que constantemente se está entregando.

Reitera don Adolfo que solo se está produciendo impacto en cinco días.

El Dr. Rafael Cortés señala que el indicador inicialmente fue ese, sin embargo, sino se realizara ese total de mamografías, es decir, 31.000 probablemente el tiempo promedio de espera que se tiene, de 70 días se hubiera elevado a 100 ó 120 días y no se hubiera disminuido a 65 días y ese aspecto es significativo. Le indica a don Adolfo que entiende que el impacto lo mide por la productividad. Sin embargo, realmente en la meta del PND no está medida en la cantidad de mamografías, sino en el tiempo promedio de espera que deben tener las mamografías respecto de su reporte.

Al Director Gutiérrez Jiménez le parece que ese aspecto tiene una relación, porque si se está dando el tiempo de espera y está se mejorando y, además, se está produciendo impacto, existe una correlación entre esos dos aspectos. Le preocupa es que se invirtió cincuenta y cuatro

millones de colones para producir impacto y solo se está disminuyendo, el tiempo de espera en las lecturas de las mamografías en cinco días. Así es como está visualizando el tema, aunque entiende la explicación del Dr. Cortés, en el sentido de que si no lo hubieran hecho, el tiempo de espera, eventualmente, se hubiera elevado a 100 días o más.

La doctora Sáenz Madrigal le pregunta al Dr. Cortés cuántas lecturas de mamografías se hicieron.

El Dr. Rafael Cortés responde que 31.000.

La doctora Rocío Sáenz indica que más que el universo es la relación que se está haciendo. No es cuánto costó disminuir el tiempo en la lectura de mamografías en cinco días, sino que se hicieron 31.000 lecturas.

El doctor Cortés señala que en el año 2016, se realizaron 143.000 mamografías y la lectura de 31.000 mamografías, se realizó con el financiamiento del proyecto y el resto de las lecturas, cada centro médico lo hizo su esfuerzo propio. Al finalizar el año 2016 de las 143.000 mamografías que se hicieron, únicamente, quedaron sin reportar 3.000. En este momento, se tienen pendientes de lectura las que se han acumulado, entre esas más las que se han acumulado del mes de enero de este año a la fecha.

La señora Presidenta Ejecutiva indica que realmente fue mayor la reducción.

El licenciado Gutiérrez Jiménez señala que lo que se está indicando es que al día de hoy, se tiene un 50% de lecturas pendientes. Entiende que se están leyendo alrededor de 31.000 mamografías más de las que se tenían que hacer.

La Gerente Médica aclara que este se está gestionando hace varios años, porque se tiene una brecha significativa de radiólogos, hacen falta 36 y se dedican a hacer ultrasonidos, así como estudios especiales y a la lectura de mamografía; además, a la lectura de TAC, entonces, la capacidad instalada que se tiene no les alcanza para hacer lectura y mantener ese plazo de espera. En ese sentido, desde el año 2012 se tiene que completar esa brecha, con ese tipo de proyectos, para mantener al día la lectura de mamografías. Hace un momento se presentaron algunos proyectos y son producto del déficit de radiólogos que se tienen a nivel de país, porque no se han logrado llenar y es para cumplir con esa brecha en la lectura.

Ante una consulta de don Adolfo señala el Lic. Ólger Sánchez Carrillo, que lo que la Auditoría ha venido señalando, es la importancia de hacer un análisis de la capacidad instalada, lo cual significa que se realice con el recurso humano y el equipo médico que se dispone, para mantener principios de una sana administración, para evitar que se generen extremos, en los cuales se tenga que estar pagando jornadas de tiempo extraordinario, o vespertinas sin que antes se haya garantizado la utilización óptima del recurso interno.

El Director Gutiérrez Jiménez le pregunta a don Ólger Sánchez si debe haber resultados preliminares y se le parece que los conocen, por lo que desea conocer la opinión de la Auditoría.

El Director Fallas Camacho comenta que una persona que se ha hecho una mamografía, sino se hace la lectura a tiempo, eventualmente, se podría estar comprometiendo su vida, porque podría padecer, por ejemplo de un cáncer.

Recuerda la doctora Rocío Sáenz que el doctor Cortés indicó y le gustaría que en su comentario se refiera, si el proyecto se viene haciendo desde el año 2012, es porque es claro que la capacidad que se tiene no es suficiente, para hacer la lectura de las mamografías. En esos términos, todos los años se van a sumar la cantidad de mamografías, ya sea de casos nuevos adicionales o los que se venían planteando. En ese sentido, le parece que es donde está la gran preocupación de la Junta Directiva, porque en este momento se conoce que la única forma de resolver el problema, es con proyectos que aumenten la lectura de mamografías, por el déficit de especialistas que se tiene, lo cual le parece que es el tema de fondo.

Para efectos de acta, al licenciado Gutiérrez Jiménez le parece conveniente que se haga referencia de los datos.

La doctora Sáenz Madrigal sugiere que más bien se podrá pedir, que al final de la presentación se adjunte un informe sobre el comportamiento, la entrada, la salida de los casos hasta la fecha, porque además, tiene que haber más, porque hay más mamógrafos y ha habido más radiólogos. Entonces, por un lado se hacen más procedimientos y no, necesariamente, la formación de especialistas ha crecido en la misma proporción, por lo que las lecturas de las mamografías se van a ir acumulando.

Indica don Adolfo que ha está tratando de motivar, porque el doctor Cortés indica que se logró que el número de mamografías no se incremente. Está pensando en la Asamblea Legislativa y en que el día de mañana, una persona puede indicar que se invirtieron ciento cincuenta y cuatro millones de colones y solo se produjo impacto, en disminuir el plazo de espera de las lecturas de las mamografías de 70 días a 65 días, es decir, cinco días y ese no es no es el tema. Esa brecha del año 2012 a este momento es la que se ha venido tratando de limitar, es decir, que no crezca al menos y, también, de producir impacto hacia abajo y se logró. Don Oscar Fallas tiene razón se logró disminuir el plazo de espera de la lectura de las mamografías en cinco días, porque se pasó de 70 a 65 días, entonces, las personas podrían reaccionar, pero hay que asignarle los datos al proyecto y es lo que está pretendiendo.

Indica la señora Presidenta Ejecutiva que esa información habría que adicionarla.

El Lic. Ólger Sánchez le indica a don Adolfo que la posición de la Auditoría sobre el tema, es que es un asunto país y está totalmente de acuerdo, con la posición que ha asumido la Junta Directiva, la Presidencia Ejecutiva y la Gerencia Médica. También, hay un tema del cual hay que alertar o incrementar los controles, porque se están comprometiendo recursos institucionales desde el punto de vista de asignación presupuestaria. Se observa positivo que esta es una muy buena posibilidad que se está planteando, porque es la posición costarricense para resolver el tema de listas de espera quirúrgica, pero también la importancia de que todos los niveles institucionales, los directores médicos, los jefes de servicio, entonces, que también se incrementen los controles para garantizar un uso óptimo racional de todos los recursos.

Comenta el Dr. Rafael Cortés que en este momento se tienen ciento veintidós médicos radiólogos contratados a nivel del país. Son cuatro mil ochocientos setenta y dos horas, lo que equivale a 110 tiempos completos y en condiciones óptimas, sin vacaciones, sin vacaciones profilácticas, sin congresos, porque a ese aspecto se le tiene que anexar, alrededor del 25% y es el resultado en días hábiles, el tener que dar permiso por vacaciones, se convierten en 75 jornadas y es lo que se tiene aproximadamente. Lo cual genera una brecha en la parte de mamografías, específicamente, de sus horas contratadas como lo indica don Ólger y además, de lo que al día de hoy se tiene contratado y del tiempo que se logra destinar para realizar las mamografías y para la interpretación, únicamente, tienen capacidad de leer 1.375 mamografías y, semanalmente, quedan pendiente de lectura 1.778 mamografías, lo que al año da 71.370 mamografías. De acuerdo con la capacidad instalada al día de hoy y creciendo en su momento, porque año a año se hacen más mamografías, dado que va incrementando esa demanda y el crecimiento de la población. Actualmente, hay 15.000 mamografías pendientes de lectura, básicamente, todas del año 2017, por lo que se propone la realización del proyecto, para lo que resta del año 2017 de 50.000 mamografías, mediante esa modalidad a un costo de alrededor de doscientos cincuenta millones de colones, incluidas las cargas sociales.

Al Director Devandas Brenes le parece que la Institución está haciendo un gran esfuerzo. No obstante, estima que hay que complementarlo con otro análisis más complejo, el cual se debería hacer en el algún momento, porque el problema es que ha conversado con algunas mujeres sobre el asunto. En ese sentido, se le informó que primero es el tiempo de espera, para que sean atendidas en Consulta Externa, luego, el tiempo de espera para que le hagan el examen y, después, el tiempo de espera para que se le realice la lectura de la mamografía y, además, el tiempo de espera para que le vuelvan a dar la Consulta Externa para que se les informe del resultado del examen. En esos términos, considera que el proyecto se tiene que determinar como un esfuerzo y se puede debilitar. Afortunadamente, un muy bajo porcentaje de exámenes resulta positivo, pero la preocupación de la mujer a la que le hicieron el examen se incrementa y si no se les da el resultado pronto, se convierte en una situación dramática. Entonces, solamente hace esa observación para que se analice el proceso completo, para que se determine si se puede avanzar en el asunto.

La doctora María Eugenia Villalta procede a hacer la lectura de la propuesta de acuerdo.

La Dra. Sáenz Madrigal sugiere que ese informe se tome como una base de la metodología utilizada, por el Hospital San Vicente de Paul, para que no quede como que es un informe general, sino que realmente se logre producir impacto en el proceso.

El Doctor Fallas Camacho indica que como lo ha señalado en otros casos, se realice una evaluación de resultados de diagnóstico, de procesos quirúrgicos y de diagnóstico, así como de biopsias, ultrasonidos y mamografías. Sugiere que se haga cada seis meses.

La Directora Soto Hernández que el tema es producto de un acuerdo tomado en la sesión 8846, por lo que ve la conveniencia de que se le defina una fecha.

Ante un comentario del don Oscar Fallas, la doctora Rocío Sáenz señala que se realice el informe utilizando la metodología que fue utilizada para cada proyecto, por el Hospital de Heredia.

El doctor Cortés Ángel y la licenciada Coto Jiménez se retiran del salón de sesiones.

El Director Devandas Brenes manifiesta su preocupación, porque por un lado entiende el esfuerzo que se hace, para que se le resuelvan los problemas a las personas y a pesar de ciertas dudas que el asunto le genera, propone tres aspectos para que se consideren: primero, porque escuchando a los funcionarios del Hospital de Heredia, le generó de nuevo una duda acerca de las funciones y pertinencias de la Unidad Técnica de Listas de Espera (UTLE). En ese sentido, le parece que sería conveniente que se definan, es decir, si esa Unidad sigue teniendo vigencia e importancia; incluso, hay un grupo significativo de médicos, el cual considera que son generales y podrían atender los servicios, en el caso de que se determinara que esa unidad ya no es necesaria, porque los hospitales están asumiendo esa responsabilidad. El segundo aspecto, se relaciona con que se recibieron a los funcionarios del Centro de Desarrollo Estratégico e Información en Salud y Seguridad Social (CENDEISS), pero sigue quedando pendiente el tema de la formación de especialistas, el cual es un problema de fondo, sobre todo en el territorio nacional, como parte del problema internacional sobre el cual, no se ha recibido un informe adecuado. En cuanto al tercer aspecto, le parece que hay que instruir que se tome un acuerdo en el sentido de que no se permita, que los Especialistas establezcan esos horarios flexibles. Le parece que hay que tomar una decisión firme, en términos de que si un Especialista insiste, en que solo quiere trabajar cuatro horas, se indique que no y se prefiere perder el recurso completo, que asumir una situación de esa naturaleza porque, efectivamente, cuatro horas de trabajo se convierten en dos o en tres horas y, además, eventualmente, se les pagaría jornadas extraordinarias, entonces, es muy fácil. Repite, si un Especialista que trabajaba ocho horas y en este momento trabaja cuatro y se le da tiempo extraordinario, esas cuatro horas se convierten en seis horas, porque son jornada extraordinaria. Considera que esa situación no tiene sentido y se le tiene que establecer un límite y conoce que existe una fuerte presión, porque la ha estado recibiendo por parte de los gremios de médicos y les ha dado su opinión en el sentido de que está totalmente en desacuerdo, con esa posición de establecer horarios flexibles, como lo pretenden en los hospitales de la Caja.

En relación con el tema de los horaritos, señala la señora Presidenta Ejecutiva que se le solicitará a la Gerencia Administrativa, que realice un estudio de cuantos son los especialistas que están laborando en esas jornadas parciales antes de que se tome una decisión.

Comenta el Director Devandas Brenes que llamó a la Ing. Marielos Gutiérrez, para indicarle que aparecen muchos Especialistas que no trabajan tiempo completo en la Institución u le indicó que había que disminuir el número. Entonces, le preguntó cuántos eran y le indicó que no conocía ese dato, porque se le tendría que pedir a cada hospital. Entonces, llamó al Lic. Guillermo Abarca porque pensó que en algún lugar se les paga. El Lic. Abarca Agüero de inmediato le suministró la información, pero cuando le indicó que la quería por cuartos o medios de tiempo, se tiene que la Dirección de Administración y Gestión de Personal, tampoco tiene el dato lo, cual le parece realmente preocupante.

Sobre el particular, doña Rocío le indica a don Mario que hay forma para pagar, por ejemplo, para tener la información, se podría iniciar por los hospitales nacionales y, luego, buscar información en las Direcciones Regionales, pero se debe analizar el tema. Comenta que la Dra.

Balmaceda tomó una decisión en términos de que no se les aceptó la flexibilización del horario a los especialistas y todos renunciaron.

El Director Gutiérrez Jiménez señala que le sigue preocupando el monto que están invirtiendo en proyectos de esa naturaleza, desea dejar su posición muy clara, normalmente, se ve obligado normalmente a votar, porque es la protección del “mal menor”, es lograr que las personas tengan mejores servicios y el asunto es muy complejo y desea dejarlo constando en actas. El tema no es tan sencillo como las personas de afuera creen que, simplemente, la lista de espera es un poco de gestión, ponerle un poco de atención y nada más, y ese aspecto no es cierto, porque también muchas Juntas Directivas han tratado de palear esa situación. Comenta sobre el tema de don Mario que lo ha venido sosteniendo. Para él la UTLE debe desaparecer, lo ha sostenido, lo ha mantenido y cree que ya es hora de tomar esa decisión, porque ha sido ineficiente y ha producido poco impacto en la gestión. En ese sentido, le parece que hay que modificar la estructura y los funcionarios, porque cuando observa a las personas que tiene a cargo el Dr. Cervantes y observa a la Dra. Balmaceda Chaves y al Dr. Ruiz Cubillo, le surgen esperanzas, para producir impacto en una lista de espera con un 41% sin haber invertido recursos, sino que se produce impacto en cirugías, solo por gestionar bien. Le parece que esta situación, los debe hacer meditar, porque es un problema de la Caja aparte del financiero, además, del asunto de la gestión y son las dos grandes vertientes. Por ejemplo, cuando se analiza la Clínica de Coronado y se compara con el Hospital de Guápiles y, además, el Hospital de Heredia y hasta el CAIS de Puriscal, porque son las mismas personas que han tenido un liderazgo diferente y producen un impacto diferente. Entonces, le preocupa mucho que se esté invirtiendo tantos recursos financieros y en algunos casos, no se está produciendo el impacto que se requiere. Sigue creyendo que hay que tomar varias decisiones, por ejemplo, eliminar la UTLE, la formación de especialistas, está con don Mario en ese sentido. Le parece que hay que volver a insistir con las universidades y lo más importante, se tiene que defender la declaratoria de la inopia, así se ha mantenido y se ha indicado, porque están primero los pacientes y, después, lo demás. Por lo que si existe alguna persona o ente porque no es solo uno, los cuales están entorpeciendo el proceso para que se logre contratar especialistas, está dispuesto a defender el tema y lo indica tan claro. Repite, la solución parcial de esos aspectos, porque hay quienes creen que solo contratando los especialistas se tiene la solución, pero no es cierto. No obstante, un elemento indispensable es contar con los especialistas y se observó cuando se presentó el proyecto del Hospital de Guápiles, tiene dos Especialistas nuevos y tiene el proceso preparado, para contratar un Anestesiólogo y lograr producir impacto y no entiende este doble discurso. En este momento, comentaba con don Renato y cree que se debe respetar lo que se está indicando, porque no va a administrar, hay entes nuevos que tienen nuevas directivas y le parece que con lo que se está haciendo, se debe gestionar distinto. No obstante, parece que la Junta Directiva, tiene la obligación de continuar con el tema de la declaratoria inopia. Se hace referencia de la declaratoria de inopia, en lo único que se ha avanzado, es en que se tiene un espacio muy pequeño para solucionar, por ejemplo, como si los pacientes fueran pequeños y el número de pacientes que necesitan esa ayuda fuera pequeño, pero tienen el problemas y otros, como ilustración, las barreras no arancelarias y ese aspecto no les afecta. No obstante, los Miembros de la Junta Directiva, tienen el problema y la obligación de ser más insistentes y más vehementes en ese punto. Hoy no se va a tomar una decisión sobre el tema y le parece que lo procede en el acuerdo, es instruir nuevamente a la Gerencia Médica y a la administración, para que presenten los resultados de esas reuniones y algunas propuestas adicionales, en términos de inopia y de cualquier otro asunto que consideren oportuno. Está dispuesto a apoyar a la Gerencia Médica y a

la Presidencia Ejecutiva, en lo que sea para que se logre contratar especialistas y se empiece a denunciar a las personas o a los entes, que están haciendo barreras en contra de poder lograrlo. Lo anterior, por cuanto es superior a la integridad de los pacientes. En la administración le queda un año y le parece que hay que empezar a dejar el espacio, para que las personas que se integren a la nueva Junta Directiva, tenga una UTLE desaparecida o reformada en sus participantes, una inopia fortalecida y, principalmente, un plan que les permita no estar aprobando planes parciales con gastos, porque a su entender son paliativos y no es, necesariamente, lo que se necesita.

La doctora Sáenz Madrigal indica que hay que votar los temas que se presentaron, además, como lo indicó la Dra. Villalta, hay un plan de listas de espera, el cual se presentará ante la Junta Directiva relacionado con las redes y solamente falta una. El informe se logrará presentar en el mes de abril próximo. En cuanto al asunto de la desaparición de la UTLE, se puede analizar cuando se presente el plan y se toman las decisiones que corresponda.

Señala el Director Gutiérrez Jiménez que sus comentarios se deben de interpretar como una posición del Sector, de manera que no solo es su posición. Además, vota parcialmente en relación con el tema del Hospital de Guápiles.

Sometida a votación la propuesta, cuya resolución en adelante se consigna es acogida por todos los señores Directores, salvo por el Director Gutiérrez Jiménez que vota en forma negativa.

**Por consiguiente**, se tiene a la vista el oficio firmado por la señora Gerente Médico, N° GM-SJD-20994-2017, fechado 3 de abril del año en curso que, en lo conducente, literalmente se lee de esta manera:

### **“RESUMEN EJECUTIVO**

La Gerencia Médica en atención de sus responsabilidades sobre la prestación de servicios de salud a la población y en aras de garantizar la atención oportuna, presenta los siguientes informes de ejecución y proyectos de reducción de listas de espera:

- Informe I Semestre Proyecto “Abordaje listas de espera quirúrgica del Hospital San Vicente Paúl”, cumplimiento acuerdo Junta Directiva artículo 4 de la sesión N° 8846.
- Informe Proyecto para optimizar el tiempo de espera en el reporte de mamografías en los centros médicos e la CCSS, cumplimiento acuerdo Junta Directiva artículo 9 de la sesión N°8849.
- Proyecto Jornadas de Producción Gastroenterología Hospital Dr. Escalante Pradilla.
- Proyecto “Disminuir en tiempo la cantidad de estudios por ultrasonidos del área de atracción del Hospital La Anexión”
- Proyecto “Jornadas de producción quirúrgica de salpingectomías Hospital de Guápiles”
- Proyecto “Abordaje de listas de espera de ultrasonidos del Hospital San Vicente de Paúl”
- Proyecto para la lectura de mamografías, Unidad Técnica de Listas de Espera.
- Proyecto Jornada de producción del Departamento de Ginecoobstetricia, Hospital México
- Proyecto Diagnóstico de Biopsias por producción, Servicio de Anatomía Hospital México.
- Proyecto Jornadas de Producción Servicio Cirugía General, Hospital México.

- Proyecto Cirugía por producción Servicio Vascular Periférico Hospital México.
- Proyecto de atención de pacientes en lista de espera para reporte de TAC y Ultrasonidos, Hospital México.

Lo anterior, con el fin de ejecutar programas de cirugía vespertina generando la reducción del plazo en la lista de espera y el aprovechamiento óptimo de las salas de operaciones de dicho centro hospitalario.

### **ACCIONES**

- Se adjunta Informe I Semestre Proyecto “Abordaje listas de espera quirúrgica del Hospital San Vicente Paúl”, cumplimiento acuerdo Junta Directiva artículo 4 de la sesión n°8846. Asimismo se adjunta el Informe Proyecto para optimizar el tiempo de espera en el reporte de mamografías en los centros médicos e la CCSS, cumplimiento acuerdo Junta Directiva artículo 9 de la sesión N°8849.
- Se adjuntan los proyectos denominados:
  - ✓ Proyecto Jornadas de Producción Gastroenterología Hospital Dr. Escalante Pradilla.
  - ✓ Proyecto “Disminuir en tiempo la cantidad de estudios por ultrasonidos del área de atracción del Hospital La Anexión”
  - ✓ Proyecto “Jornadas de producción quirúrgica de salpingectomías Hospital de Guápiles”
  - ✓ Proyecto “Abordaje de listas de espera de ultrasonidos del Hospital San Vicente de Paúl”
  - ✓ Proyecto para la lectura de mamografías, Unidad Técnica de Listas de Espera.
  - ✓ Proyecto Jornada de producción del Departamento de Ginecoobstetricia, Hospital México
  - ✓ Proyecto Diagnóstico de Biopsias por producción, Servicio de Anatomía Hospital México.
  - ✓ Proyecto Jornadas de Producción Servicio Cirugía General, Hospital México.
  - ✓ Proyecto Cirugía por producción Servicio Vascular Periférico Hospital México.
  - ✓ Proyecto de atención de pacientes en lista de espera para reporte de TAC y Ultrasonidos, Hospital México.

### **RECOMENDACIÓN**

Una vez realizadas las presentaciones por parte de la Gerencia Médica y Direcciones Médicas de los hospitales México, San Vicente de Paul, Dr. Escalante Pradilla, La Anexión y Guápiles en torno a los proyectos de Jornadas de Producción quirúrgicas, y en aras de continuar mejorando la gestión para garantizar una atención oportuna a la población, mediante la disminución de plazo de lista de espera, y según lo recomendado por la Gerencia Médica mediante oficio GM-SJD-20994-2017 de fecha 03 de abril del 2017, recomiendan a la Junta Directiva la aprobación de los mismos, ya que esto permite la implementación de una estrategia que aun y cuando no es la absoluta, permite reducir el plazo de atención y brindar un acceso oportuno a los servicios de salud garantizando el derecho a la salud como bien esencial de la población”.

una vez realizadas las presentaciones por parte de la Gerencia Médica y el Director Regional de Servicios de Salud de la Región Brunca, y Direcciones Médicas de los Hospitales México, San Vicente de Paul, La Anexión y Guápiles, y por el doctor Jorge Cortés Ángel, de la Unidad Técnica de Lista de Espera, en torno a los Proyectos de Jornadas de Producción quirúrgicas, y en aras de continuar mejorando la gestión para garantizar una atención oportuna a la población, mediante la disminución de plazo de lista de espera, y según lo recomendado por la Gerencia Médica mediante el referido oficio número GM-SJD-20994-2017, la Junta Directiva –por mayoría- **ACUERDA:**

- 1) Dar por recibido el Informe del I Semestre Proyecto “Abordaje listas de espera quirúrgica del Hospital San Vicente Paúl”, dar por atendido el artículo 4° de la sesión N° 8846. Asimismo, dar por recibido el Informe Proyecto para optimizar el tiempo de espera en el reporte de mamografías en los centros médicos de la Caja Costarricense de Seguro Social, y dar por atendido el artículo 9° de la sesión N° 8849.
- 2) Aprobar los siguientes proyectos de jornadas por producción:
  - ✓ Proyecto Jornadas de Producción Gastroenterología Hospital Escalante Pradilla.
  - ✓ Proyecto “Disminuir en tiempo la cantidad de estudios por ultrasonidos del área de atracción del Hospital La Anexión”.
  - ✓ Proyecto “Jornadas de producción quirúrgica de salpingectomías Hospital de Guápiles”.
  - ✓ Proyecto “Abordaje de listas de espera de ultrasonidos del Hospital San Vicente de Paúl”.
  - ✓ Ampliación al Proyecto “Abordaje listas de espera quirúrgica del Hospital San Vicente Paúl”, hasta el mes de abril del año 2018.
  - ✓ Proyecto para la lectura de mamografías, Unidad Técnica de Listas de Espera.
  - ✓ Proyecto Jornada de producción del Departamento de Ginecoobstetricia, Hospital México
  - ✓ Proyecto Diagnóstico de Biopsias por producción, Servicio de Anatomía Hospital México.
  - ✓ Proyecto Jornadas de Producción Servicio Cirugía General, Hospital México.
  - ✓ Proyecto Cirugía por producción Servicio Vascular Periférico Hospital México.
  - ✓ Proyecto de atención de pacientes en lista de espera para reporte de TAC y Ultrasonidos, Hospital México.
- 3) Instruir a la Gerencia Financiera para que realice los trámites presupuestarios correspondientes, para brindar el contenido económico para que permita ejecutar la propuesta aquí aprobada. Además, se instruye a la Gerencia de Logística para que, desde su ámbito de competencia, proceda con la adquisición de los insumos requeridos para la ejecución de los proyectos aprobados.
- 4) Instruir a la Gerencia Médica y a las Direcciones Médicas de los Hospitales México, San Vicente de Paúl, Escalante Pradilla, La Anexión y Guápiles, para que presenten informes semestrales en cuanto a los resultados obtenidos con la implementación de los proyectos aprobados. Dicho informe se deberá realizar bajo la metodología de evaluación utilizada por el Hospital San Vicente de Paul.

**Por otra parte, se acuerda** solicitar a la Gerencia Administrativa que, en una próxima sesión, presente un informe en relación con las plazas de médicos especialistas que están siendo ocupadas sólo por cuatro horas (media jornada).

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 doctora Villalta Bonilla y la licenciada Coto Jiménez se retiran del salón de sesiones.

#### **ARTICULO 40°**

**Se toma nota** de que se reprograma, para la próxima sesión, la presentación de los asuntos que se detallan:

- a) **Oficio N° GM-SJD-20982-2017**, de fecha 3 de abril de 2017: ampliación del plazo para implementación de la modificación contractual a los contratos C-5825-2009 y C-6312-2010 ASEMECO. Acuerdo artículo 16° de la sesión N°8881.
- b) **Oficio N° GM-SJD-23780-16**, de fecha 22 de diciembre de 2016: presentación informe en relación con la creación de una unidad de investigación biomédica; *se atiende solicitud del Director Barrantes Muñoz* (punto 8 de las Proposiciones y asuntos de los señores Directores).
- c) **Oficio N° GM-SJD-20572-2017**, de fecha 24 de marzo de 2017: atención artículo 3°, sesión N° 8892 del 9-03-2017: presentación respecto al uso y evolución de pacientes tributarios al medicamento Rituximab.
- d) **Oficio N° GM-SJD-20577-2017**, de fecha 24 de marzo de 2017: atención artículo 27°, sesión N° 8874 del 17-11-2016: presentación respecto del impacto financiero de los medicamentos no incluidos en la Lista Oficial de Medicamentos (NO LOM).
- e) **Oficio N° GM-SJD-20608-2017**, de fecha 31 de marzo de 2017: presentación Informe Programa de trasplante hepático y cirugía hepatobiliar.

#### **Proyectos de ley:**

- a) **Expediente N° 19.850**, texto sustitutivo **Proyecto “LEY DE CREACIÓN DE LOS BANCOS DE LECHE MATERNA”**. Se traslada a Junta Directiva por medio de la nota N° PE-12235-2017, fechada 25-01-2017, suscrita por la Jefe de Despacho de la Presidencia Ejecutiva: se anexa la comunicación del 25-1-17, N° AL-CPEJNA-003-2017, que firma la Licda. Ana Julia Araya Alfaro, Jefe de Área, Comisión Permanente Especial de Juventud, Niñez y Adolescencia de la Asamblea Legislativa. (*Art-33°, ac.-III, Ses. 8893*).

**ARTICULO 41°**

**ACUERDO PRIMERO:** se tiene a la vista la consulta en cuanto al *Expediente N° 19.309, Proyecto de Ley “REFORMA INTEGRAL A LA LEY REGULATORIA DE LOS DERECHOS Y DEBERES DE LAS PERSONAS USUARIAS DE LOS SERVICIOS DE SALUD PÚBLICOS Y PRIVADOS, LEY N° 8239 DE 19 DE ABRIL DE 2002”*, que se traslada a la Junta Directiva mediante la nota N° PE-64459-2016, fechada 15 de diciembre pasado, suscrita por la Jefe de Despacho de la Presidencia Ejecutiva, a la que se anexa la comunicación del 14 de diciembre del año 2016, N° DH-128-2016, que firma la Lida. Flor Sánchez Rodríguez, Jefe de Área de la Comisión Permanente Especial de Derechos Humanos de la Asamblea Legislativa.

Se ha recibido el oficio número GM-SJD-20599-2017 del 27 de marzo del año 2017, que firma la señora Gerente Médico y literalmente se lee de este modo:

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

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

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

**ACUERDO SEGUNDO:** se tiene a la vista la consulta relacionada con el *Expediente N° 19.243, texto actualizado del Proyecto de Ley “Reforma Integral a la Ley General del VIH”*, que se traslada a la Junta Directiva por medio de la nota N° PE-12217-2017, fechada 24 de enero del año 2017, suscrita por la Jefe de Despacho de la Presidencia Ejecutiva, a la que se anexa la comunicación del 23 de enero pasado, N° DH-159-2017, que firma la Jefe de Área de la Comisión Permanente Especial de Derechos Humanos de la Asamblea Legislativa.

Se ha recibido el oficio número GM-SJD-20603-2017, del 27 de marzo del año 2017, que firma la señora Gerente Médico y literalmente se lee de esta manera:

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

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

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

**ACUERDO TERCERO:** se tiene a la vista la consulta en relación con el *Expediente N° 18.330, Proyecto “LEY NACIONAL DE SANGRE”*, que se traslada a la Junta Directiva por medio de la nota N° PE-12791-2017, fechada 22 de marzo del año 2017, suscrita por la Jefe de Despacho de la Presidencia Ejecutiva, a la que se anexa la comunicación del 22 de marzo pasado, N° AL-CPAS-052-2017, que firma la Licda. Ana Julia Araya Alfaro, Jefa de Área, Comisión Permanente de Asuntos Sociales de la Asamblea Legislativa.

Se ha recibido el oficio número GM-SJD-20604-2017, de fecha 27 de marzo del año 2017, que firma la señora Gerente Médico y literalmente se lee así:

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

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

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

**ACUERDO CUARTO:** se tiene a la vista la consulta que concierne al *Expediente N° 20.174, Proyecto de Ley, “LEY MARCO PARA PREVENIR Y SANCIONAR TODAS LAS FORMAS DE DISCRIMINACIÓN, RACISMO E INTOLERANCIA”*, que se traslada a la Junta Directiva mediante la nota N° PE-12762-2017, fechada 20 de marzo del año 2017, suscrita por la Jefe de Despacho de la Presidencia Ejecutiva, a la que se anexa la comunicación del 20 de marzo anterior, N° DH-190-2017, que firma la Lida. Flor Sánchez Rodríguez, Jefe de Área, Comisión de Derechos de la Asamblea Legislativa.

Se ha recibido el oficio número GM-SJD-20602-2017, de fecha del 27 de marzo del año 2017, que firma la señora Gerente Médico y literalmente se lee de este modo:

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

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

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

**ARTICULO 42°**

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

**I) Gerencia de Pensiones: *asuntos para decisión*****a) Presentación estados financieros institucionales de los regímenes:**

**a.1. Oficio N° GP-10193-2017 del 24-02-2017:** Invalidez, Vejez y Muerte (IVM) a diciembre 2016, y

**a.2. Oficio N° GP-10318-2017 del 3-03-2017:** Régimen no Contributivo (RCN) a diciembre 2017.

**b) Proyectos de ley:*****Se externa criterio***

1) ***Se externa criterio en oficio N° GP-10794-2017 del 29-03-2017: Expediente N° 20.215, Proyecto de Ley FUSIONAR (Fundir y unificar Superintendencias, ordenando la normativa, para ahorrar recursos).*** Se traslada a Junta Directiva por medio de la nota N° PE-12656-2017, fechada 9-3-17, suscrita por la Jefe de Despacho de la Presidencia Ejecutiva: se anexa la comunicación del 9-3-17, N° AL-CPAJ-OFI-0311-2017, que firma la Jefa Comisión Permanente de Asuntos Jurídicos de la Asamblea Legislativa.

***Se solicita prórroga 8 días:***

2) ***En oficio N° GP-10814-2017 del 30-03-2017, solicita prórroga ocho días hábiles más para responder. Expediente N° 20.286, Proyecto “ley para trasladar recursos al Régimen de pensiones no contributivo administrado por la CCSS”.*** Se traslada a Junta Directiva la nota número PE-12788-2017, fechada 22-3-17, suscrita por la Jefe de Despacho de la Presidencia Ejecutiva: se anexa la comunicación del 22-3-17, N° AL-CPAS-043-2017, que firma la Licda. Ana Julia Araya Alfaro, Jefa de Área, Comisión Permanente de Asuntos Sociales de la Asamblea Legislativa.

**II) Gerencia Financiera: para decisión.****Proyectos de ley:**

a) ***Expediente N° 20.204, Proyecto “REFORMAS DEL MARCO LEGAL PARA LA SIMPLIFICACIÓN Y EL FORTALECIMIENTO DE LA GESTIÓN PÚBLICA”.*** Se traslada a Junta Directiva por medio de la nota N° PE-12766-2017, fechada 21-3-17, suscrita por la Jefe de Despacho de la Presidencia Ejecutiva: se anexa la comunicación del 20-3-17, N° AL-19223-OFI-0082-2017, que firma la Licda. Silvia María Jiménez

Jiménez, Encargada de la *Comisión Especial de reformas al sistema político, constitucional, legislativo y electoral del Estado, que evalúe, analice, defina, elabore, proponga y dictamine políticas públicas y proyectos de ley referentes al modelo de estado costarricense, su administración, su estructura y su sistema político, constitucional, legislativo y electoral, con el objetivo de optimizar los recursos públicos y mejorar el desempeño de manera eficiente del Estado costarricense*, de la Asamblea Legislativa. *Se solicitó criterio Auditoría y las Gerencias de Logística, Pensiones y Financiera, quien coordina lo correspondiente y debe remitir el informe unificado. (Art-32°, ac. I, Ses. N° 8897).*

- b) **Expediente N° 20.265, Proyecto “LEY DE PROTECCIÓN PARA EL CUMPLIMIENTO DEL SALARIO MÍNIMO”**. Se traslada a Junta Directiva mediante la nota número PE-12789-2017, fechada 22-3-17, suscrita por la Jefe de Despacho de la Presidencia Ejecutiva, a la que se anexa la comunicación del 22-3-17, N° AL-CPAS-047-2017, que firma la Licda. Ana Julia Araya Alfaro, Jefa de Área, Comisión Permanente de Asuntos Sociales de la Asamblea Legislativa. *(Art-32°, ac. II, Ses. N° 8897)*

#### IV) Gerencia Administrativa: para decisión.

##### Proyectos de ley:

- a) **Externa criterio en oficio N° GA-41464-2017 del 14-03-2017: Expediente N° 20.227, Proyecto de Ley, “TRANSICIÓN AL TRANSPORTE NO CONTAMINANTE”**. Se traslada a Junta Directiva mediante la nota N° PE-12577-2017, fechada 28-2-17, suscrita por la Jefe de Despacho de la Presidencia Ejecutiva: se anexa el oficio N° CG-285-2017, del 28-02-2017, que firma la Jefa de Área, Comisión Permanente de Gobierno y Administración de la Asamblea Legislativa. *(Art. 36°, Ses. 8893).*

##### Solicita prórroga 10 días hábiles más para responder:

- b) **Solicitud referéndum: Proyecto de Ley, (SN) “PARA LA DEFENSA DE LA AUTONOMÍA DE LA CAJA COSTARRICENSE DEL SEGURO SOCIAL”**. Se traslada a Junta Directiva mediante la nota N° PE-12778-2017, fechada 21-3-17, suscrita por la Jefe de Despacho de la Presidencia Ejecutiva, a la que se anexa la comunicación del 20-3-17, N° AL-DEST-OFI-069-2017, que firma el Sr. Fernando Campos Martínez, Director a.i. del Departamento de Estudio, Referencias y Servicios Técnicos de la Asamblea Legislativa. En oficio N° GA-41600-2017 del 27-03-2017.

#### V) Auditoría.

- d) **Oficio N° 47871**, de fecha 23 de febrero de 2017: informe gerencial sobre la actividad desplegada por la Auditoría Interna durante el período-2016, *distribuido el 23-02-2017.*

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

- a) **Oficio N° P.E.1896-2016** de fecha 23 de junio de 2016: nuevo diseño del Plan Estratégico Institucional 2015-2018; se atiende lo solicitado en el artículo 22°, apartado 5, sesión N° 8818: **se acordó:** *instruir a la Presidencia Ejecutiva y a las Gerencias para que inicien un proceso de divulgación del citado Plan Estratégico Institucional.*
- b) **Oficio N° P.E.12760-2017** de fecha 22 de marzo de 2017: solicitud prórroga, por un plazo de 12 (doce meses) adicionales, a partir del 1° de mayo del 2017 a la Dra. Julia Li Vargas como Directora del Proyecto de Reestructuración Organizacional del Nivel Central de la Caja.

***Informe participación en actividad en el exterior:***

- c) **Oficio N° P.E.-12628-2017**, fechado 23 de marzo de 2017: informe participación en la reunión de alto nivel sobre “*Aportes de la seguridad social a la equidad de género en Iberoamérica*”, que se realizó en Madrid, España.
- 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 En oficio N° DPI-554-16 fechado 20 de diciembre-2016: solicita retiro del oficio N° DPI-186-16,** del 8-014-2016 que contiene el informe ejecutivo del IGIS “*Índice de gestión Institucional período 2013-2015*”, con el fin de presentar el informe integrado del período 2013-2016 en febrero-2017 (Ref.: PE-55833-16); se atiende la solicitud del Director Barrantes Muñoz.

**VII) Proposiciones 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.

***En proceso de atención y seguimiento:*** 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. *En oficio N° GA-49308-2016 del 5-12-2016: solicita prórroga para presentación del informe./ La Presidencia Ejecutiva según oficio N° PE-64442-2016 concede plazo para que se presente informe primera semana febrero 2017: propuesta integrada entre Gerencia Admva. y Dirección Planificación Institucional del Modelo integral de riesgos que incluya definición hoja ruta para Mapa riesgos institucional.*

- 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.

***Asunto en proceso de atención:*** mediante la nota N° 68.310 se ha solicitado a la Gerencia de Logística atender el asunto y presentar el informe pertinente.

- c) Presentación a Junta Directiva de la propuesta final para resolución del proyecto de reforzamiento del edificio Laureano Echandi.

***Asunto en proceso de atención:*** 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) 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.

***Asunto en proceso de atención:*** 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.

- 3) 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.

***Asunto en proceso de atención:*** 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.

- 4) 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.
- 5) 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.
- 6) Instruir a las Gerencias Médica, Financiera, y de Infraestructura y Tecnologías, 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.

**Asunto en proceso de atención:** mediante la nota N° 68.307 se ha solicitado a las Gerencias Médica, Financiera y de Infraestructura y Tecnologías presentar el informe unificado para la segunda sesión de enero próximo.

- 7) Que se informe a la Junta Directiva sobre los alcances e implicaciones para la CCSS del documento suscrito entre la Presidencia Ejecutiva y el Ministro de Salud sobre la creación del Instituto de la Equidad en Salud.

**Anotación:** en oficio N° P.E.64222-2016, del 24-11-16, se presenta informe de la Presidencia Ejecutiva, en cuanto a participación en el Foro intersectorial “*Los retos comunes de la Institucionalidad del SICA*” que se realizó en San Salvador, El Salvador (ahí se trató lo referente al citado documento), y en el “*Taller de consulta sobre el diseño y fortalecimiento de la plataforma de financiamiento del SMSP*”, en México.

- 8) Informe sobre la creación de una unidad de investigación biomédica y de la existencia de un convenio para ese fin con una universidad extranjera.

**Asunto en proceso de atención:** mediante la nota N° 68.309 se ha solicitado a la Gerencia Médica atender el asunto y presentar el respectivo informe a la Junta Directiva.  
En oficio N° GM-SJD-23780-16, fechado 22-12-16, la Gerencia Médica presenta el respectivo informe; se agendó para la sesión del 9-3-17.

**B) Planteamientos del Director Gutiérrez Jiménez: asuntos en proceso de atención por parte de la administración:**

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:**

**Moción N° 1:**

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

**D) Planteamiento Directora Alfaro Murillo:**

**d.1.** Informe COMISCA; *en proceso de atención:* se solicitó un informe a la Gerencia de Logística.

**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.

**e.3** Revisión del artículo 9° de la sesión N° 6527 del 6 de octubre de 1988, que otorga beneficios a los instructores del CENDEISSS.

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