

Lunes 30 de julio de 2018

N° 8981

Acta de la sesión extraordinaria número 8981, celebrada por la Junta Directiva de la Caja Costarricense de Seguro Social, a las nueve horas con cincuenta y siete minutos del lunes 30 de julio de 2018, con la asistencia de los señores: Presidente Ejecutivo, Dr. Llorca Castro; Vicepresidenta, Bach. Abarca Jiménez. Directores: Dra. López Núñez, Dr. Devandas Brenes, Dr. Salas Chaves, Auditor, Lic. Hernández Castañeda; y Lic. Alfaro Morales, Subgerente Jurídico. Toma el acta MBA. Emily Segura Solís, Secretaria Interina.

Los Directores Loría Chaves, Jiménez Aguilar, Alfaro Murillo y Guzmán Stein, retrasarán su llegada a esta sesión.

ARTICULO 1°

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

ARTICULO 2°

Consideración de la agenda distribuida para la sesión de esta fecha, que seguidamente se transcribe, en forma literal:

I) Consideración agenda.

II) Reflexión.

III) Gerencia Financiera: para decisión.

a) **Oficio N° GF-3252-2018**, de fecha 26 de julio de 2018: *propuesta Reglamento para el Aseguramiento de Microempresas y Emprendimiento en el Seguro Social* (Mipymes).

b) *“Reglamento para el aseguramiento contributivo de la población recolectora de café en el Seguro de Salud en forma temporal y excepcional”*.

IV) 11 a.m.: entrevista elegibles para el cargo de Gerente Médico.

V) Informes cuentas nacionales de salud; Gerencia Financiera; exposición a cargo del Director de Presupuesto, Lic. Sergio Gómez Rodríguez.

VI) Gerencia Médica: para decisión.

a) **Oficio número GM-AJD-9735-2018 del 27 de julio del 2018: propuesta de ajuste al financiamiento de la Torre Quirúrgica del Hospital San Juan de Dios.**

b) **Modelo de pago trasplantes.**

VIII) Gerencia de Infraestructura y Tecnologías: *para decisión.*

a) Portafolio de inversiones CCSS.

IX) Presidencia Ejecutiva:

a) Perfil de la Secretaría Junta Directiva.

Ingresa al salón de sesiones los licenciados Ronald Lacayo Monge, Gerente Financiero a/c., Claudio Arce, Asesor de la Gerencia Financiera, Lic. Guillermo Mata Campos, abogado de la Dirección Jurídica e Irene Fariña, Asesora de Presidencia Ejecutiva.

Ingresa el Director Loría Chaves

ARTICULO 3º

Se tiene a la visa el oficio número GF-3252-2018, de fecha 26 de julio del 2018, firmado por el licenciado Lacayo Monge, Gerente Administrativo a cargo de la Gerencia Financiera, y presenta la propuesta del Reglamento para el Aseguramiento de Microempresas y Emprendimiento en el Seguro Social (Mipymes).

Ingresa al salón de sesiones el Director Guzmán Stein.

Con base en las láminas que se detallan, la presentación está a cargo del licenciado Lacayo Monge, Gerente Administrativo y del licenciado Claudio Arce Ramírez, Asesor de la Gerencia Financiera:

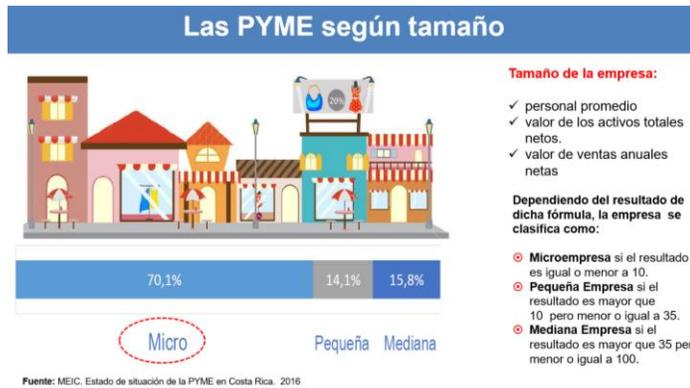
1)



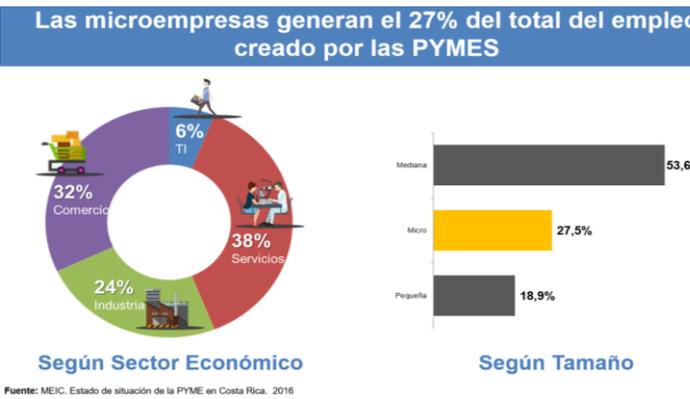
2)



3)



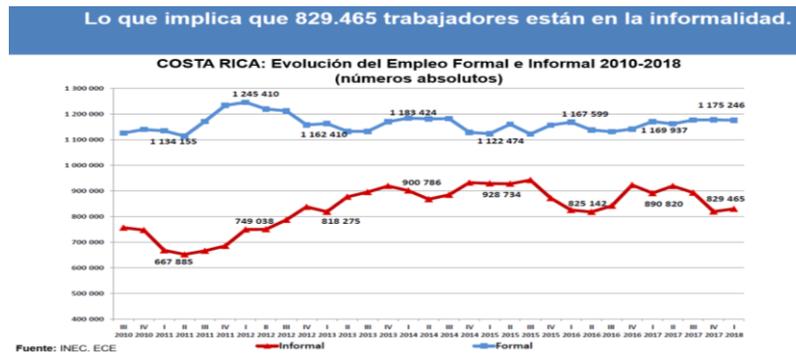
4)



5)

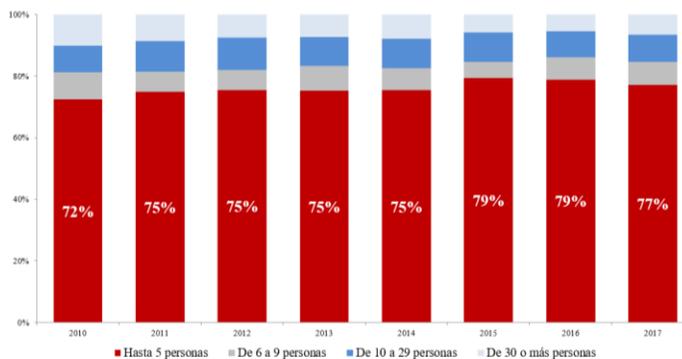


6)



7)

...del total de la población ocupada con empleo informal, el 77% se ubica en empresas que contratan hasta 5 trabajadores



Fuente: INEC. Encuesta Continua de Empleo

8)

La propuesta se integra dentro del marco nacional de reducir la informalidad



Estrategia Nacional para la Transición a la Economía Formal

Recomendación 204 OIT:

Recomendación sobre la transición de la economía informal a la economía formal

- Los Miembros deberían extender progresivamente la cobertura del seguro social (...)
- Adaptar los procedimientos administrativos, las prestaciones y las cotizaciones, teniendo en cuenta su capacidad contributiva

Proceso de adhesión a la OCDE

- La recomendación indica que se debe reducir informalidad en el empleo, para lo que se requiere de una estrategia integral.

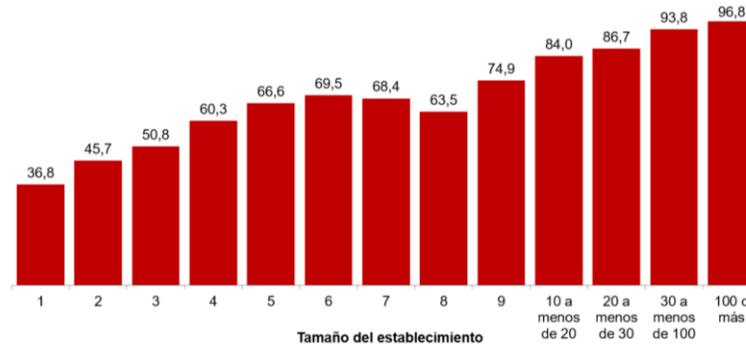
9)

De lo anterior, se deduce que la formalización de las microempresas es un reto multidimensional



10)

A menor tamaño de la empresa, menor cobertura contributiva. 2017



Fuente: Dirección Actuarial y Económica, Área de Estadística.

11)

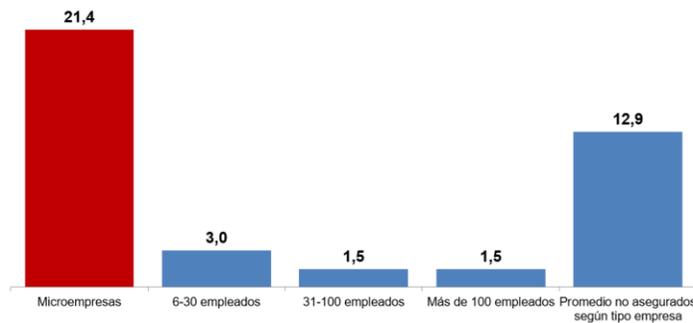
..y únicamente el 15.3% de los trabajadores de las microempresas se aseguran como asalariados



Fuente: Dirección Actuarial y Económica, Área de Estadística. Elaborado con base en los datos de la ENAHO 2017.

12)

..y además, los trabajadores de las microempresas observan el mayor nivel de no aseguramiento en comparación con otros trabajadores por tipo de empresa



Fuente: Dirección Actuarial y Económica, Área de Estadística. Elaboración propia con base en los datos de la ENAHO 2017.

13)



14) Propuesta

15)

Objetivos

Aumentar la cobertura contributiva del Seguro de Salud y del régimen de Invalidez, Vejez y Muerte (IVM).

Mejorar la fiscalización de la microempresa por parte de la CCSS

Contribuir a la formalización de la microempresa con el propósito de tener empleos de calidad.

16)

La propuesta de reglamento contó con la participación activa de diferentes instituciones del sector público



17)



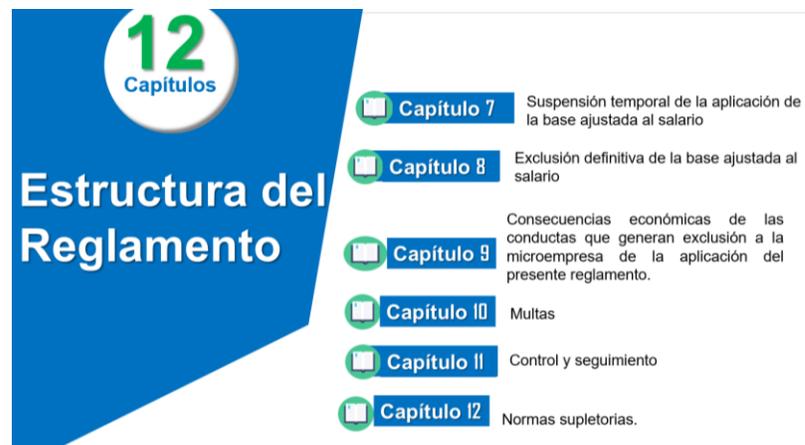
18)



19)



20)



21) Criterios técnicos Institucionales

Criterio de la Dirección Actuarial

DAE-0747-2018 del 16 de julio-2018

- (...) Sin embargo, es necesario señalar que el tema de crear las condiciones para impulsar el tránsito de la informalidad a la formalidad es una responsabilidad y objetivo de país (...)
- (...) Desde el punto de vista de esta Dirección, la *propuesta es positiva* en el tanto permita facilitar el tránsito de la informalidad a la formalidad a microempresas que en este momento no contribuyen a los seguros sociales, lo que a futuro redundaría en mayor cobertura contributiva (...). Subrayado nuestro.
- (...) monitoreo permanente que permita evaluar el comportamiento de la iniciativa, así como que no exista un efecto adverso en los ingresos de ambos seguros (..)

22) Criterios técnicos Institucionales

Criterio legal

DJ-4022-2018 del 18 de julio

- (..) Se recomienda aclarar que en caso de reanudación dicho patrono no puede tener deudas pendientes con la Institución para efectos de que pueda disfrutar de los beneficios del reglamento (..)
- (...) se recomienda agregar una disposición que se refiere a las consecuencias por el uso del aseguramiento y beneficio establecido en el proyecto de reglamento objeto de consulta (...)
- Se recomienda revisar lo dispuesto en el artículo 5 inciso 1 respecto de lo regulado en el artículo 7 inciso b), por cuanto se establece que para obtener el beneficio se debe estar al día en la obligación, pero en el artículo 7 inciso b) se indica que la mora en el pago de las obligaciones lo que produce es la suspensión del beneficio
- En el artículo 6 se recomienda agregar después de “establecidas” “en el presente reglamento para su otorgamiento “.

23) Criterios técnicos Institucionales

Criterio legal

DJ-4100-2018 del 24 de julio

- No se adjuntó justificación desde el punto de vista técnico actuarial en el sentido de que la aplicación de la base ajustada al salario no afecta la sostenibilidad financiera del Seguro de Salud (...)
- (...) Se recomienda sustituir el término sanción por multa, por cuanto las sanciones solo se pueden establecer mediante Ley (...)
- (...) se recomienda aclarar cuál sería la falta (s) que darían origen a la imposición de la multa(..)
- (...) establecer un nuevo artículo referido a dichas consecuencias económicas o patrimoniales, sea el pago de intereses, recargos y otros extremos derivados de la subdeclaración de salarios o bien por la falta de un correcto aseguramiento de los trabajadores por parte de las microempresas .

24) Criterios técnicos Institucionales

Criterio de la Dirección de Inspección
DI-0674-2018

- (...) En los artículos 4, 5, 7 inciso a) y 8 se requiere establecer el trámite a seguir y la unidad que deberá resolver la solicitud de la microempresa para la aplicación de la base ajustada al salario (..)
- (...) En virtud de los alcances del beneficio propuesto, es previsible que se generen prácticas tendientes a obtener de forma abusiva o ilegítima la aplicación de la base ajustada al salario, por ejemplo, patronos con más de 10 trabajadores que los reporten en distintas personas jurídicas para su beneficio (...)
- (...) Es esperable que patronos actualmente activos ante la CCSS, se inactiven y registren una nueva inscripción con otra persona jurídica o física, con el fin de obtener el beneficio de la base ajustada al salario del Seguro de Salud (...)
- (...) La propuesta no prevé un transitorio o plazo de vigencia posterior a la publicación del reglamento (..)

25) Criterios técnicos Institucionales

Criterio Comisión Simplificación de Trámites y Mejora Regulatoria
CMRST-012-2018 del 24 de julio

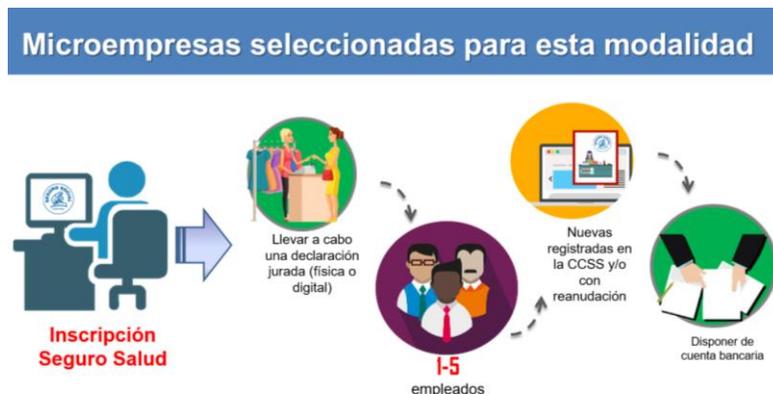
*(...) una vez analizado el Reglamento supracitado, desde una perspectiva de la Ley 8220, sin considerar otra normativa relacionada para un mayor análisis, observamos que **no contienen trámites o requisitos administrativos excesivos** que afecten a la población usuaria; por lo anterior no se presentan roces de legalidad con la Ley N°8220 (...).
Subrayado nuestro.*

26) Definición de Microempresas

“Aquel patrono físico o jurídico que se inscriba o reanude ante la CCSS, a partir de la entrada en vigencia del presente reglamento, y constituya una unidad productiva de

carácter permanente con fines de lucro que disponga de los recursos humanos, los maneje y opere, bajo las figuras de persona física o persona jurídica, en actividades industriales, tecnológica, comerciales, de servicios o agropecuarias.”

27)



28)

Reducción y progresividad en las aplicación de la base ajustada al salario



29)

Ejemplo de la aplicación de la BAS para microempresas con un empleado

BAS = $\frac{Sr \cdot PCr_i}{PCv}$

Sr= Salario reportado por la microempresa de cada uno de sus trabajadores

PCr_i= Porcentaje de cotización patronal a ajustar programado por año (i)

PCv= Porcentaje de cotización patronal normado en el Reglamento del Seguro de Salud (art.60)

Aplicación de un 5% en la BAS

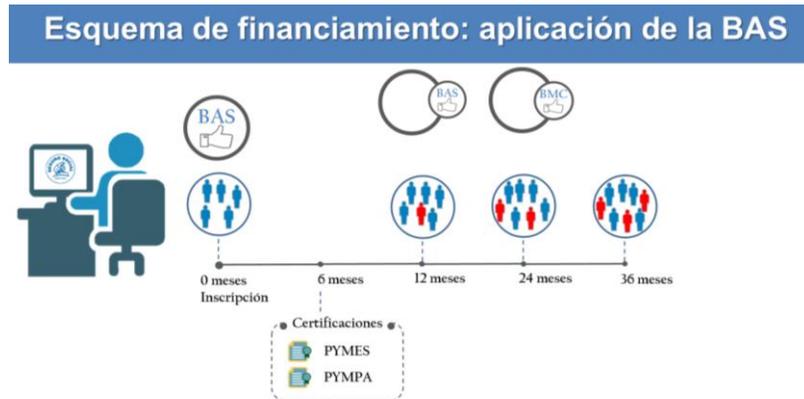
% Disminución del % cotización patronal

Financiamiento con una base ajustada al salario **BAS**

Empresa	Monto Salarios	BAS*	Disminución en la cuota para el patrono por empleado
Pan y Azúcar	300.256	137.955	15.013
Repuestos Mejía	350.000	160.811	17.500
Granja Flor	400.000	183.784	20.000

Cálculo.
 $(300.256 \cdot 4.25\%) / 9.25\% = 137.955$

30)



31)



32)



33)



34) Multas

- Constituyen actos realizados en fraude de ley, todas las prácticas dirigidas a dividir o fragmentar las planillas de un mismo patrono, mediante el uso de testaferros, la interposición de personas jurídicas o de cualquier otro mecanismo análogo.
- La microempresa excluida no podrá volver a solicitar los beneficios de este régimen. Asimismo, se autoriza a la Institución a aplicar una **sanción monetaria de cinco salarios bases** al beneficiario que incurrió en dicha situación.
- La multa debe de pagarse en un término máximo de 30 días calendario a partir de su aplicación. Dichos recursos se han de utilizar para control y fiscalización para el cumplimiento efectivo del presente reglamento.

35) Propuesta de Acuerdo

36) Propuesta de Acuerdo Junta Directiva

Con base en la presentación efectuada por el Lic. Ronald Lacayo Monge, Gerente Administrativo a cargo de la Gerencia Financiera, así como, los criterios emitidos en el CMRST-012-2018 del 24 de julio del 2018 Oficial de Simplificación de Trámites y Mejora Regulatoria, DAE-0747-18 del 16 de julio del 2018, suscrito por la Dirección Actuarial y Económica, el oficio DI-0674-2018 del 16 de julio del 2018 la Dirección de Inspección y el oficio DJ-4022-2018 del 18 de julio del 2018, así como el DJ-4100-2018 del 24 de julio del 2018 de la Dirección Jurídica, la Junta Directiva **ACUERDA:**

- **ACUERDO PRIMERO:** Aprobar el “Reglamento para el aseguramiento de microempresas y emprendimientos en el Seguro de Salud” de acuerdo con el artículo 3°, sesión N° 8940.

37) Propuesta de Acuerdo Junta Directiva.

- **ACUERDO SEGUNDO:** Se instruye a la Gerencia Financiera, remitir a la brevedad posible, el Reglamento para el aseguramiento de microempresas y emprendimientos en el Seguro de Salud, donde se incorporen las observaciones y recomendaciones emitidas por la Dirección Jurídica y la Dirección Actuarial y Económica.

- **ACUERDO TERCERO:** Proceder a la publicación de la propuesta de “Reglamento para el aseguramiento de microempresas y emprendimientos en el Seguro de Salud”, de acuerdo con lo normado en el artículo 361 de la Ley General de Administración Pública. En caso de no recibirse observaciones respecto a la propuesta de reglamento en el plazo indicado, deberá entenderse que se encuentra formalmente aprobado.

38) Propuesta de Acuerdo Junta Directiva.

- **ACUERDO CUARTO:** Instruir a la Gerencia Financiera y la Dirección de Tecnología de Información y Comunicaciones, para que un plazo de 5 meses hayan concluido los ajustes al SICERE, y a la Dirección de Inspección para la implementación de los nuevos trámites, la producción de las herramientas de información y capacitación de funcionarios.
- **ACUERDO QUINTO:** Con el propósito de llevar a cabo una campaña de divulgación del Reglamento para el aseguramiento de microempresas y emprendimientos en el Seguro de Salud se solicita a la Junta Directiva autorizar recursos presupuestarios adicionales para que la Dirección de Comunicación pueda llevar a cabo dicha campaña.

Ingresa al salón de sesiones la Directora Alfaro Murillo.

El Lic. Lacayo Monge manifiesta que en línea de buscar alternativas de aseguramiento para grupos de difícil cobertura, en el desarrollo de este documento participó la Dirección Jurídica y otros departamentos. Lo que se presentará el día de hoy, incorpora las observaciones que en principio, se tenían de las distintas Áreas que participaron, por lo que don Claudio Arce hará el desarrollo pertinente.

Sobre el particular, el Lic. Claudio Arce destaca que esta propuesta responde a la atención del artículo 3° de la sesión N° 8940 y se ha trabajado, en conjunto con el Ministerio de Economía, Industria y Comercio de Costa Rica (MEIC) y el Ministerio de Agricultura y Ganadería (MAG). Además de la propuesta de Reglamento, se ha diseñado un esquema de financiamiento, la estrategia de seguimiento y control, así como una propuesta de convenio interinstitucional. Las Pequeñas y Medianas Empresas (PYMES) están constituidas por los micros, la pequeña y mediana empresa y su tamaño se determina por el personal promedio, el Valor de los Activos Totales Netos y el Valor de las Ventas Anuales Netas. Dependiendo de una fórmula que tiene definida el MEIC, entonces, si el tamaño de la empresa es igual o menor a diez, se está frente a una microempresa, si es mayor a diez pero menor o igual a treinta y cinco es una pequeña empresa y si es mayor a treinta y cinco pero menor o igual a cien es una mediana empresa. El Reglamento tiene por objeto proteger las microempresas, exclusivamente, y estas representan el 27% del total del empleo que tiene el MEIC. Ese aspecto indica la cierta formalidad de trabajo según la encuesta continua de empleo que se tiene como último dato, para el primer trimestre de este año. El 41.4% de la población ocupada se encontraba con empleo informal, lo que implica que más de 829.000 trabajadores están en la informalidad. Es importante señalar que el 77% de la población ocupada con empleo informal, se ubica en empresas que contratan hasta cinco trabajadores. La propuesta se integra dentro del marco nacional, para reducir la informalidad dentro de la estrategia nacional para la transición de la economía formal. El cumplimiento de la recomendación N° 204 de la Organización Internacional del Trabajo (OIT), la cual dentro de otros aspectos, plantea que los miembros deben extender progresivamente la cobertura del Seguro Social y adaptar los procedimientos administrativos, las cotizaciones y las prestaciones teniendo

en cuenta su capacidad contributiva, así como la recomendación N° 7 del proceso de adhesión del país a la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE). Es claro que el tema de la informalidad trasciende a la Institución y se relaciona con un conjunto multidimensional de aspectos desde el acceso al crédito, para que tengan mayor capacidad financiera, aumento de la innovación y de la competitividad de la microempresa, entre otros. Se ha demostrado, según los datos disponibles en la Institución que a menor tamaño de la empresa, menor es la cobertura contributiva, como se observa en el gráfico y hace referencia de un dato interesante, porque únicamente el 15.3% de los trabajadores de la microempresa se aseguran como asalariados, información que se tiene producto de la Encuesta Nacional de Hogares (ENAHO) del año pasado. Un 13% de esos trabajadores se aseguran como trabajadores independientes por convenio. El 50% utiliza otra modalidad de aseguramiento como el Seguro por el Estado, Seguro Voluntario, entre otros. Un 21.4% reporta, según la ENAHO, no están asegurados. Por lo tanto, los trabajadores de la microempresa observan el mayor nivel de no aseguramiento en comparación con otros trabajadores por tipo de empresa. Un 25% en el caso de las microempresas, entendidas éstas como de uno a cinco empleados, en relación con las empresas de más de cien empleados, la cual representa un 1.5%. La hipótesis general está explicada en parte, porque la microempresas tiene un alto nivel de suspensiones en el Seguro de Salud. De las 11.820 microempresas que se inscribieron en el año pasado, se suspendieron 9.000 microempresas. Se le dio seguimiento a diez microempresas durante cuatro años, para estudiar el comportamiento en la planilla, si se incrementaba o no, más allá de cinco trabajadores. Se observa que dentro de los cuatro años y un poco más, la mayor parte de la microempresa se mantiene dentro del rango de cinco trabajadores, excepto la empresa I) que en el último período contrató dos o tres empleados más. La propuesta en función de este diagnóstico es en primer lugar, aumentar la cobertura contributiva del Seguro de Salud y del Régimen de IVM. Mejorar la fiscalización de la microempresa por parte de la Institución. Contribuir a la formalización de la microempresa con el propósito de tener empleo de calidad, según la definición que tiene la OIT. Hace énfasis en que una propuesta que se ha trabajado en conjunto exhaustivamente con el MEIC y el MAG. Es importante resaltar la participación activa de las distintas dependencias institucionales, especialmente, la Dirección de Inspección y la Dirección Jurídica. En cuanto a los componentes del modelo, hay un financiamiento en el cual se construye una base adoptada por el salario –que se detallará más adelante– en un plazo máximo de cuatro años. Inicialmente, se pretendía incluir el tema de la inscripción en línea, pero ese proceso se excluyó de la propuesta de Reglamento y forma parte de una estrategia institucional. Esa base ajustada por el salario está vinculada con la certificación médica. Se tiene una propuesta de Reglamento que tiene doce capítulos desde el campo de aplicación, hasta la norma supletoria pasando por multas, control y seguimiento. La propuesta de Reglamento incorpora todas las observaciones de los entes técnicos. No obstante, hacen falta los criterios finales de aceptación del Departamento Legal y estudio de la Dirección de Actuarial que está solicitando el Departamento Legal. Dentro del criterio de la Dirección Actuarial, se señalaba el tema de crear las condiciones para impulsar el tránsito de la informalidad a la formalidad, lo cual es una responsabilidad objetivo del país. Desde el punto de vista de la Dirección Actuarial la propuesta es positiva, en tanto permite facilitar el tránsito de la informalidad a la formalidad y a microempresas que en este momento, no contribuyan con los Seguros Sociales. La Dirección Actuarial solicitó se hiciera un control permanente que permita evaluar el comportamiento de la iniciativa, así como que no exista un efecto adverso en los ingresos de ambos Seguros. El primer criterio legal es del 18 de julio de este año, en la cual se recomendaba aclarar que en el caso de reanudación, dicho patrono no puede tener deudas pendientes con la Institución. También se recomendó agregar una disposición

que se refiere a las consecuencias por el uso del aseguramiento y los beneficios establecidos, en el proyecto. Por otra parte, había una falta de coordinación entre un inciso del artículo 5°, el inciso 1) y b) del artículo 7°; el cual se corrigió. En el artículo 6° se recomendó agregar, “después de establecidas en el presente Reglamento para su otorgamiento”. Posteriormente, el 24 de julio de este año, se vuelven a hacer recomendaciones en las que se destaca que no se adjuntó la justificación desde el punto de vista técnico actuarial, en el sentido de que la aplicación de la Base Ajustada al Salario, no afecta a la sostenibilidad financiera del Seguro de Salud. Se recomendó, además, cambiar el término “sanción” por “multa”. Por otra parte, se solicitó aclarar cuál era la falta que da pie a la imposición de la multa, e incorporar un nuevo artículo referido a las consecuencias económicas o patrimoniales. La Dirección de Inspección en el artículo 4°, 5°, 7° inciso a) y 8°; solicitó se identificaran cuál era el trámite por seguir y qué Unidad debería de resolver ese trámite. Por otra parte, señaló que en virtud de los alcances del beneficio, era previsible que se generen prácticas que buscan obtener de forma ilegítima, en la aplicación de la base ajustada del salario. Por ejemplo, patronos con más de diez trabajadores que los reporten en distintas personas legales, para su beneficio y que era esperable que patronos actualmente activos ante la Caja, se inactiven y registren una nueva inscripción con otra persona legal o física, con el fin de obtener el beneficio de la Base Ajustada al Salario y que la propuesta, no prevenía un transitorio para el plazo de vigencia posterior a la publicación del Reglamento. Por otra parte, se tiene el criterio de la Comisión de Simplificación de Trámites y Mejora Regulatoria y en resumen, esa Comisión expone que la propuesta no contiene trámites o requisitos administrativos excesivos y no presenta roces de legalidad con la Ley N° 8220. Ha hincapié que se entiende por microempresa, en la propuesta de Reglamento como aquel patrono físico o jurídico que se inscriba o reanude ante la Caja, a partir de la entrada en vigencia del presente Reglamento y constituya una Unidad productiva de carácter permanente, con fines de lucro que disponga de los recursos humanos, lo maneje y opere bajo la figura de una persona física o legal, en actividades industriales, tecnológicas, comerciales y de servicio o agropecuario. Desde el momento de la inscripción el microempresario que desee participar en este esquema de aseguramiento, debe tener un máximo de cinco empleados, tienen que ser empresas nuevas o con reanudación y que dispongan de una cuenta bancaria. En cuanto al tema de financiamiento, es una Base Ajustada diferenciada por cuatro años, cuyo aporte patronal es el 9.25% sobre el total de los salarios. El primer año ya no va a cotizar el 9.25%, sino el 4.25%; el segundo año un 5.25%; el año siguiente un 6.25% y el cuarto año un 7.25%. Esa Base se calcula con base en una fórmula, estipulada en el Reglamento, que es el salario reportado por la microempresa por cada uno de esos trabajadores. Se le aplica el porcentaje de cotización patronal por ajustar, programado y se divide entre el porcentaje de cotización patronal, normado en el Reglamento del Seguro de Salud. Por ejemplo, para la empresa Pan y Azúcar que tiene un empleado, al cual le paga el salario mínimo de trescientos mil colones, implica un ahorro mensual para ese empleador de ciento cincuenta mil colones. La tabla evidencia que a mayor nivel de salarios, mayor es el beneficio para el microempresario en este esquema de financiamiento. De cero a seis meses, los microempresarios reciben el beneficio de la base aportada. A partir de los seis meses tienen que cumplir con la certificación PYME. A los doce meses ese microempresario contrata a un trabajador más, ya no son cinco, si no seis. Ese trabajador adicional cotiza con base en la Base Mínima Contributiva (BMC) actual y los otros cinco trabajadores, cotizan con la Base Ajustada al Salario. Si a los veinticuatro meses ese empresario contrata a dos trabajadores más, esos dos van a cotizar con la BMC vigente en el Seguro de Salud y los otros cinco cotizan con la Base Ajustada al Salario. Si a los treinta y seis meses la contratación de trabajadores se incrementó a ocho empleados, esos tres cotizan sobre la BMC y los otros cinco con la Base Ajustada al Salario. Siempre y cuando tenga

la certificación PYME o PYMPA. Las condiciones para que se acceda a la Base Ajustada al Salario son no tener deudas pendientes con la Caja, ni con la Ley de Protección al Trabajador (LPT), ni con el Fondo de Desarrollo Social y Asignaciones Familiares (FODESAF). La empresa tiene que tener de uno a cinco empleados máximo. Domiciliar una cuenta bancaria registrada a su nombre. No registrar procesos investigativos en materia de aseguramiento y tener la certificación por el MEIC o el MAG posterior a la inscripción. La suspensión temporal en el Reglamento, establece que se suspenda la planilla o se inactive, cuando el patrono esté en mora, ya sea con la Caja, con el FODESAF o la LPT. Finalmente, no actualice los datos que la Institución solicita. Los motivos de la no inclusión definitiva son no acreditar ante la Caja su condición de microempresa (PYME o PYMPA), se declare en quiebra o disolución de la Sociedad. Cuando la Dirección de Inspección registre procesos de investigación por, eventuales, incumplimientos en las obligaciones patronales o cuando la Dirección de Inspección determine la existencia de una responsabilidad solidaria. En cuanto a las multas, están en función de que el microempresario tienda a ejecutar prácticas dirigidas a dividir o fragmentar las planillas de un mismo patrono, mediante el uso de testaferro, la interposición de personas legales o de cualquier otro mecanismo análogo. En este caso, la microempresa será excluida y no podrá volver a solicitar los beneficios de este Régimen. Además, se plantea imponer una sanción monetaria de cinco salarios base. El salario base actualmente está en cuatrocientos treinta y un mil colones. La multa se debe pagar en términos de máximo de treinta días calendario. Los recursos que se recauden de esas multas, serán utilizadas para fortalecer el control y la fiscalización para el cumplimiento efectivo del presente Reglamento.

Ingresa al salón de sesiones la Directora Jiménez Aguilar.

En función de todo lo anterior, se presenta una propuesta de acuerdo para que la Junta Directiva la pueda valorar y que se lee en los siguientes términos:

ACUERDO PRIMERO: Con base en la presentación efectuada por el Lic. Ronald Lacayo Monge, así como los criterios emitidos en el oficio N° CMRST-012-2018 del 24 de julio y el oficio N° DAE-0747-2018 del 16 de julio-2018 suscrito por la Dirección Actuarial y Económica y el oficio DI-0674-2018 y el oficio N° DJ-4022-2018, así como el N° DJ-4100-2018, de la Dirección Jurídica; la Junta Directiva acuerda aprobar el Reglamento para el Aseguramiento de Microempresas y Emprendimiento del Seguro de Salud, de acuerdo con el acuerdo consignado en el artículo 3° de la sesión N° 8940.

ACUERDO SEGUNDO: Instruir a la Gerencia Financiera remitir a la brevedad posible el Reglamento para el Aseguramiento de Microempresas y Emprendimiento en el Seguro de Salud, donde se incorporen las observaciones y recomendaciones emitidas por la Dirección Jurídica y la Dirección Actuarial y Económica.

ACUERDO TERCERO. Proceder a la publicación de la propuesta de Reglamento para el Aseguramiento de Microempresas y Emprendimiento en el Seguro de Salud, de acuerdo con lo normado en el artículo 361 de la Ley General de Administración Pública. En caso de que no se reciban observaciones respecto de la propuesta de Reglamento, en el caso indicado, se deberá entender que se encuentra formalmente aprobado.

ACUERDO CUARTO: Instruir a la Gerencia Financiera y a la Dirección de Tecnologías de Información, para que en un plazo de cinco meses hayan concluido los ajustes al Sistema Centralizado de Recaudación (SICERE) y a Dirección de Inspección, para la implementación de nuevos trámites, la producción de herramientas de información y capacitación de funcionarios.

ACUERDO QUINTO: con el propósito de llevar a cabo una campaña de divulgación del Reglamento para el Aseguramiento de Microempresas y Emprendimientos en el Seguro de Salud, se solicita a la Junta Directiva disponer de recursos presupuestarios adicionales para comunicaciones, para que se pueda llevar a cabo dicha campaña.

El Director Loría Chaves manifiesta su satisfacción porque este Reglamento, es parte de “nuevos aires” que vienen al Seguro Social, para poder incorporar a la mayor cantidad de personas posible en el Sistema de la Seguridad Social. Para que tengan la mayor cobertura posible, es decir, esa situación es lo importante. El tema se refiere únicamente al Seguro de Salud y tiene una duda, ya que si se está trazando a una microempresa sobre cierto tipo de salario, qué sucede con el Seguro de Pensiones.

Responde el señor Claudio Arce que el Seguro de Pensiones no se ve afectado por el planteamiento. La propuesta de beneficio es única y, exclusivamente, para el Seguro de Salud.

Señala el señor Loría Chaves que el problema es que no lo indica y le parece que se debería de consignar ese detalle, ya que se presta para confusiones. Pregunta don José Luis si las personas pagarían una cuota para el Seguro de Salud y la cotización del Seguro de Pensiones, la paga sobre el salario mínimo.

Responde don Claudio Arce que así es.

A don José Luis esa situación le parece muy extraña, ya que las cuotas al Seguro Social son cuotas mensuales. En el caso del IVM por cada mes cotizado, es una cuota y en el caso de Salud es simplemente una cuota ordinaria, ya que no se está acumulando, es un derecho que está adquiriendo. Es por ese aspecto que le queda esa inquietud.

Sobre el participar, indica el Lic. Lacayo Monge que las cuotas aplican igual, solamente que el cálculo, en el caso de IVM, se hace sobre la Base Mínima Contributiva y no sobre la Base Ajustada del Salario.

Son dos temas diferentes -expresa el señor Loría Chaves-.

Es para no afectar la sostenibilidad del IVM – apunta don Ronald-.

Es importante que quede expresamente señalado – dilucida el señor Presidente Ejecutivo – además, hay que recordar que una de las intenciones es que existe un universo en la informalidad enorme. Es un porcentaje que podría superar el 40% de la fuerza activa del país y esa situación para él es preocupante para un país como Costa Rica. El escenario actual es que ninguna persona paga pensión y al final todas la reclaman. La idea es ofrecer alguna ventaja con el Seguro de Salud y dejar intacto el Seguro de Pensiones, para que las personas coticen y puedan tener una pensión más digna al final de sus días. Esa es la intención. Se conoce de las estadísticas de

MIPYMES que de cada diez emprendimientos, dos o tres tienen éxito. Entonces, lo que se busca es ayudar un poco. El otro aspecto es que más bien los sectores en teoría beneficiados, pues todavía observan el Reglamento muy exigentes, como una gran inversión que tienen que hacer. Sin embargo, es bueno empezar a monitorizar la actividad y es otra de las ventajas que observa el doctor Llorca con el empezar de una vez, al igual como se hizo con las trabajadoras domésticas. Hubo un reportaje de altísimo éxito en algunos medios, le parece que se hacía referencia de alrededor de 5.000 trabajadoras domésticas. Ese es un escenario sumamente beneficioso, pues son 5.000 trabajadoras que están dignificadas, que sus hijos tienen seguro indirecto y quiere resaltar ese esfuerzo. En este otro caso, se puede incorporar a muchas personas y la propuesta es perfectible desde muchos puntos de vista. Entonces, con el tiempo y con la documentación se puede lograr. Pensando en el Seguro de Pensiones, es importante que las personas coticen en el RIVM, porque como sociedad no se tiene clara una cultura de ahorro y le parece que es muy pobre.

Sin duda alguna, el apoyo al desarrollo de la microempresa – manifiesta el Director Devandas Brenes – es muy importante y comparte esa necesidad de hacer ese esfuerzo. En términos generales, no comparte ese esfuerzo de que ese aseguramiento se haga financiado por la Seguridad Social, pues ese esfuerzo debe ser financiado por el Estado. Comenta don Mario que su criterio siempre ha sido -desde la anterior Junta Directiva- que el Estado, debería crear un fondo para apoyar a esas empresas y cuando le paguen a la Caja, ésta le certifica lo que pagó y el Estado le devolverá lo que convenga con esas empresas. Expresa don Mario que se indica que en este momento hacerlo no es posible, porque el Estado está en una situación financiera muy difícil, pero esa situación financiera se le está traspasando a la Seguridad Social y a él le cuesta mucho apoyar esa situación. Señala el doctor Devandas que no se tiene un estudio actuarial, lo que se tiene es un criterio de la Dirección Actuarial, pero no un estudio actuarial que señale cuáles son los impactos esperados en el tema, repite, no se tiene un estudio actuarial y ese aspecto le preocupa. Además, le causa preocupación significativa, la observación que hace la Dirección Jurídica cuando indica que una vez subsanada las observaciones realizadas, deberán ser enviadas de nuevo a esta Dirección Jurídica, es decir, la versión final de la propuesta de Reglamento y entiende que no se ha hecho, ni con la Dirección de Inspección, ni con la Dirección Actuarial, es decir, de enviarle ya la inclusión de las observaciones finales, para que emitan su recomendación y que la Junta Directiva, pueda tomar su decisión de una mejor forma. El doctor Devandas Brenes se dirige a don José Luis y le explica que, entrando al fondo del asunto y dejando de lado las consideraciones de carácter general, en la propuesta hay dos aspectos extraños. Comenta que en ese sentido les recordó a los señores Directores que él tenía un profesor de matemáticas en la Universidad que indicaba por qué hacer las cosas fáciles, si se podían hacer difíciles y le parece que en el caso sucede una situación parecida. Don Mario se dirige al señor Presidente Ejecutivo y le indica que si se le quiere dar un estímulo a la microempresa, por ejemplo, se toma la planilla normal y se le aplica una cuota más baja. Los empresarios pagan el 9.25%, entonces, a la planilla se le aplica el 4.25% el primer año, el segundo año el 5.25%..., qué es la propuesta en el Reglamento. Pero se le están incorporando dos cambios. En el Reglamento se está indicando que se aplicará la cuota establecida en el Reglamento, pero sobre una base de contribución reducida, es decir, se reduce la base de contribución. En lugar de que se le aplique sobre el salario, se hace un cálculo donde esa base se reduce. Entonces, son dos beneficios los que se le están otorgando al microempresario. Además, se indica que se le disminuye la base al empresario, pero luego se indica que la prima contributiva del Seguro de Salud, en cuanto a patrono, trabajador y Estado se mantiene según lo

dispuesto, en su utilización de la Base Ajustada al Salario, es decir, se le va a disminuir la cuota al Estado y al trabajador también, lo cual le parece que es absurdo. Reitera don Mario la solicitud a los señores Directores, en última instancia, si se quisiera aprobar el Reglamento, lo más sencillo es observar la planilla del trabajador y en lugar de que cotice un 9.25%, va a cotizar 4.25% el primer año, 5.25% el segundo año y así sucesivamente, pero así no está. Por qué razón se calcula una Base Ajustada del Salario. Con el agravante en la pregunta que hizo el señor Loría, que el trabajador que ganaba cien mil, si se le ajusta la base a ochenta mil colones, cotiza para IVM sobre ochenta mil colones y no sobre cien mil colones, ya que mantiene la base de aseguramiento para el Seguro de Pensiones y para el Seguro de Salud una base reajustada. Expresa don Mario que tiene otras observaciones que hacer. La empresa se inscribe y tiene seis meses para presentar la certificación del MEIC o del MAG y no puede ser así. La empresa cuando saca la certificación del MAG o del MEIC, se apersona a la Caja con la certificación. Pero se indica que acredita la condición de microempresa certificada por el MEIC o el MAG, en los siguientes plazos posteriores a la inscripción patronal, es decir, se inscribe a la Caja y seis meses después certifica que es microempresa. Le parece que la microempresa debería primero sacar la certificación ante el Ministerio correspondiente y, luego, se inscribe ante la Caja, pero resulta que es al revés. Se le da seis meses para certificar que es microempresa después de haberse inscrito como microempresa ante la Caja. Expresa don Mario que no logra entender esa situación y esas son sus primeras observaciones. Reitera el doctor Devandas que es indispensable que se tenga un estudio actuarial, en términos de cuál es el impacto que la aplicación del Reglamento puede tener sobre la Seguridad Social, ya que se ha estado discutiendo y está muy preocupado, por el tema de la sostenibilidad de la Seguridad Social, en el sentido de cuál es el impacto que implica, pues no los tiene para poder determinarlos.

El señor Presidente Ejecutivo se dirige a don Mario y manifiesta que las observaciones que hace son sumamente importantes. Hay que recordar que el escenario actual, es que toda esa población está haciendo uso sin “inmisericordiantemente” del Seguro de Salud. La sostenibilidad del Seguro de Salud, actualmente, está en extremo riesgo, ya que el esfuerzo que se está haciendo, es para que algunas empresas empiecen a aportar algo, porque ya el uso de los servicios de salud está a tope y existe un riesgo financiero inherente.

Señala el Director Devandas Brenes que en la página N° 7 del documento está el dato, el cual indica que el 15.3% de los trabajadores de esas microempresas están asegurados como asalariados. El 13% como trabajador independiente, es decir, esos trabajadores sí cotizan. El 17.9% tiene acceso a los servicios mediante el beneficio familiar, y le preocupa porque está denotando una debilidad en los servicios de la Dirección de Inspección. Porque si las personas trabajan, por qué van a tener seguro de beneficio familiar, entonces, es una acusación al sistema de la Caja. El 10% está asegurado por el Estado y el 16.6% como asegurado voluntario. De manera que la afirmación que se les ha hecho de que ninguna persona paga, no es cierto, es decir, no corresponde conforme los datos que se brindan.

Lo primero que denota con el tema – expresa el doctor Llorca – es que no se tiene una claridad suficiente con la información que se tiene. Le parece que lo primero que se tiene es un vacío enorme de información realmente difícil, por ejemplo, los funcionarios de la Dirección Actuarial indicaron que el estudio en toda su implicación, no lo pueden hacer porque no tienen información suficiente. Ese es el primer gran obstáculo. Considera que la oportunidad que se está planteando, es en suma conservadora para empezar a generar esa información que tanto se

necesita y monitorear el asunto, dado que la observación que hace don Mario es, totalmente, pertinente. Estima don Fernando que hay que tener mucho cuidado sobre las implicaciones que pueden tener los dos Seguros. En el Seguro de Pensiones se conoce que solo serían positivas, porque más bien se invitaría a muchas personas y se inclinaría la balanza en el Seguro de Pensiones, hacia las personas con cotización y por lo tanto, con una pensión dentro de lo normado. Pero en el Seguro de Salud que es el más, dramáticamente, utilizado por todas esas personas. Lo indica porque lo comprobó, él como médico en todos los lugares del país en los que trabajó. Llama la atención la cantidad de personas que utiliza los servicios de salud y se conoce que estaban trabajando, en una actividad y en otra y como no se tienen facilidades, o sus patronos o sus socios, nunca se aseguran porque el discurso es ese. Más que someter a un riesgo el sistema, es una oportunidad de rescatarlo en la dirección correcta. Con respecto de los plazos, está de acuerdo con don Mario, a lo mejor se podrían modificar los requisitos y a lo mejor exigir el certificado de Mipymes antes, pero cree que es más burocracia que otra situación y sobre ese aspecto quizá haya oportunidades. Sobre lo que indicó don Mario de que ese aseguramiento lo debe cancelar el Ministerio de Hacienda, se podría hacer una propuesta. Sin embargo; él ha planteado el tema como una inversión. La mejor inversión para la Seguridad Social, es que la informalidad desaparezca y se ingrese en la formalidad, para que se vuelvan a generar nuevamente esquemas de bajo desempleo en este país. Considera que ese es el mejor negocio para la Seguridad Social y es un enfoque totalmente “egoísta”, pues se está pensando exclusivamente en esta Institución.

A propósito, la Directora Abarca Jiménez manifiesta su agrado de atraer todo ese sector informal a la Seguridad Social y hacerlo parte del sector formal y empiecen a cotizar. Como intensión lo observa bien. Ahora bien, considera que habrá que analizar un poco mejor algunos aspectos, ya que como lo indica el criterio de la Dirección Jurídica, no se observa un estudio actuarial que acredite que dicha disminución, no afecta la sostenibilidad financiera del Seguro de Salud. Es por ese aspecto que le gustaría, tener esa claridad de la parte actuarial. En cuanto a los Mipymes, lo que se menciona en relación con el certificado, es que para que el Ministerio pueda otorgar ese certificado, la microempresa tiene que cumplir con tres requisitos: uno es que la empresa esté al día con la declaración del impuesto sobre la renta, el otro es que esté al día con la Caja y esté al día con el Instituto Nacional de Seguros (INS) en la Póliza de Riesgos Laborales. Lógicamente, si está en el sector informal, no va a cumplir con esos requisitos y no va a obtener ese certificado. Es por ese aspecto considera que es de ahí donde nace la intención de que primero, la Dirección de Inspección haga el recuento de las personas e inscribirlo y darle tiempo a que saque ese certificado. Ahora bien, pensando en que son microempresas de cinco personas, a ella más bien le pareció un poco exigente y difícil de cumplir para una microempresa, ya que se le está solicitando que en el plazo de seis días, sus costos se van a ver incrementados por las cotizaciones, por el INS, entre otros. Además, normalmente esas empresas tienen poca estructura y tienen dificultades para pagar la planilla en sí. Por lo que los seis meses, le pareció un plazo un poco corto. Lo comenta para que sea considerado.

Comenta el doctor Fernando Llorca que cuando se tiene esta situación de frente hay dos posibilidades de abordaje: o ponerse a la defensiva e indicar, por ejemplo, que se van a poner a atajar todos los goles que les van a meter y pensar en esquemas de filtro extremo, que es lo que se tiene actualmente, pues si las empresas no cumplen no ingresan. . O se puede empezar a inclinar la balanza hacia favorecer realmente a los Mipymes como lo describe doña Fabiola porque, evidentemente, no son ni las corruptas, ni las grandes empresas. Son las empresas de las

personas más sencillas del país, las cuales están haciendo un esfuerzo por formalizarse. Por supuesto que alguna vez, alguna se logrará incorporar y, eventualmente, se generarán abusos. Entonces, lo que se tiene que afinar es el sistema y esa iniciativa, les va a permitir en primera instancia, generar la información necesaria para tener todas esas proyecciones y ese monitoreo a largo plazo y esa información se necesita. Hace hincapié en que si se sigue negando el universo fuera de las bases de datos que está ahí, nunca se va a dar la posibilidad. Por supuesto que se van a incorporar personas que, eventualmente, abusan y se aprovechan del sistema, producto de la oportunidad que existe, pero esas personas hay que identificarlas e inmediatamente sacarlas del sistema.

Por su parte, el Director Guzmán Stein, manifiesta que está de acuerdo con los comentarios del doctor Llorca y el señor Devandas, ya que lo que le preocupa y ha observado en estas sesiones que ha estado, por ejemplo, es que la Dirección Actuarial, al indicar que no tiene suficientes datos para hacer un estudio, no le parece. En los próximos estudios la Dirección Actuarial tiene que participar, porque si no cómo se estaría justificando, el que siempre se está aprobando una propuesta de un tema de la que no se tiene suficientes datos para justificar. En esa línea, está muy preocupado, ya que en algunas áreas se presentan los estudios, pero no se tienen los datos suficientes. El señor Auditor lo puede confirmar, se tiene que tener mucha precaución a nivel de la Junta Directiva. Manifiesta el doctor Guzmán que está de acuerdo con el esfuerzo que se hizo, pero el hecho de que la parte Actuarial indique que no puede hacer un estudio, cree que esa situación no se puede dar, ya que hay recurso humano suficiente para poder hacer un estudio de esa naturaleza, inclusive, la asesoría legal lo estableció en el informe, de que sería bueno contar con un estudio actuarial, ya que si no se estaría en este “juego de lavarse las manos” y la Junta Directiva tendrá que determinar cómo procede. Reitera su preocupación, porque en el Órgano Colegiado no se tienen las suficientes bases para indicar sí o no.

Manifiesta el Director Salas Chaves que este es un ejemplo más de los temas que se han venido conversando esta semana. Felicita el doctor Salas por la oportunidad de ir luchando contra la informalidad. Le parece que el asunto se tiene que observar no como si se estuviera en los Santos o en Atenas. Se tiene que determinar cómo el país va en un proceso de desarrollo económico, con el que algún día alcanzará un nivel de desarrollo que les permita, salir de aquella visión del país de las “carretitas” y del “cafecito” y observar lo que realmente se es, inmerso en el desarrollo económico mundial. Las personas hacen un esfuerzo significativo por colocarlos en ese nuevo escenario, pero internamente no. “Se echan todos los mecates para atrás para que sea como antes”, es decir, en la tradición de siempre y es muy difícil avanzar así. Por ejemplo, Japón, su Gobierno pone los fondos para que las microempresas puedan desarrollar proyectos y son capitales de altísimo riesgo. Muchos de esas personas no tienen conocimiento del asunto pero, por ejemplo, cuando todas las personas observan televisión a color, ninguna se pregunta de dónde salió y surgió de una microempresa ubicada en un “garaje” en algún lugar de Tokio, en ese entonces, con ayuda del Estado para poder financiar las inversiones pequeñísimas de aquel “proyectito” de la televisión a color. Manifiesta el doctor Salas que ha leído mucho sobre la cultura de Japón y se siente muy admirado por ella, por el éxito que ha tenido con mucho esfuerzo familiar, con la esposa, con los hijos, con los tíos, entre otros, para poder concretar pequeños proyectos, para el desarrollo económico de ese país. Hay temas que son de Japón, pero si se toma la óptica, el video, la fotografía, la electrónica, toda esa actividad es japonesa y nació en un PYMES. Es extraordinario observar cómo el Estado Japonés aún después de la II Guerra Mundial, tenía fondos para apoyar a esos empresarios, ya que eran personas que tenían una idea

en la que creían firmemente, porque era posible llevarla adelante. Ahora bien, se quiere hacer las dos cosas: seguir con el esquema “Bismarckiano” de siempre, pero además incorporar las PYMES, entonces, no calzan los dos esquemas y es lo que sucede. Se pregunta por qué no se da de una vez el paso adelante y se ponen en un plan serio de apoyar, sinceramente, el esfuerzo que hacen muchas personas, para poder tener un pequeño negocio. Comenta que don Rodolfo Piza, el actual Ministro de la Presidencia, escribió un tratado entero – del cual le facilitó una copia que con todo gusto presenta – porque él fue el que trabajó en ese tema cuando la Administración de don Miguel Ángel Rodríguez-, se puso en discusión cuando la Ley del Trabajador. El resumen del libro es dramático, ya que la pequeña empresa funciona en un “garaje, en un patio, en una galerilla y en una bodeguilla”; pero no siempre ese lugar pertenece al dueño de la empresa, si no que se la alquila al vecino que tiene ese espacio desocupado. Entonces, cuando va a la Municipalidad – indicaba don Rodolfo Piza – lo sacan del lugar porque no tiene planos, ni nada y mientras no pague impuestos municipales, menos va a poder con los requisitos del Seguro Social. El señor Piza hace una cadena del tema con todas las Instituciones involucradas. Por ejemplo, cuando la persona gestione un préstamo con el banco, se le solicitan los mismos requisitos. Después de todo el proceso se enteran de que es mentira que se quieren a las Mipymes, ya que se les establecen todas las trabas posibles para que, obligadamente, se comporten como quieren, dentro del Reglamento formal y el esquema tradicional. Por ejemplo, ha tanta falta observar cómo hacían los Singapurenses, hoy en primer lugar en el mundo, pues se definieron y decidieron sacrificar tres generaciones seguidas de chinos, hasta que pudieron llegar a tener lo que tienen, lo cual fue un esfuerzo extraordinario y sobre todo, con el apoyo del Gobierno, para que pudieran salir adelante. Fue tal el sacrificio de las personas en Singapur que enviaron a formar profesionales a Europa, a Japón y a Estados Unidos, comiendo solo arroz porque la pobreza era una situación extraordinaria. La soportaron hasta que estuvieron de regreso los primeros profesionales y hoy por hoy, es un centro de tecnología en salud de investigación y de atención médica de altísimo nivel. Al punto de que las aseguradoras Norteamericanas, financian las atenciones de esos asociados en Singapur, porque son más rápidas y más baratas que si fueran dentro de los Estados Unidos y con calidad. Lo cual es una cadena de eventos positiva y le parece una maravilla y es por ese aspecto que apoya todo este esfuerzo, pero hay que eliminar de la mente, esos Reglamentos de esta noble Institución y hay que flexibilizarse, para poder entender que se quiere, realmente, apoyar esas pequeñas empresas que con un esfuerzo significativo, han logrado salir al mercado y muchos lo hacen con mucho éxito. Cuando se toma del MEIC los productos 460 y más de la mitad, son de pequeñas empresas que pudieron, con el apoyo de muchas personas lograrlo. Insta el doctor Salas a hacer un esfuerzo para cambiar de paso y entender que hay que querer realmente incorporar a todas esas personas en la Seguridad Social.

Sobre el particular, la Directora López Núñez señala que el contexto, está obligada a tomar decisiones que son impostergables, porque con más de un 40% del trabajo informal, va a ser imposible tener un ingreso, una manera de pensar y de recolectar el dinero al modelo tradicional. Pareciera que el tiempo no les da más espacio que tomar decisiones y, desgraciadamente, la Institución se ha quedado varada en ese pasado y hay que hacer un gran esfuerzo. Comenta la doctora López que el otro día, el esposo vino a la Caja a pagar una deuda que tenía con la Institución y muy enojado, le indicó que llegó a cancelar un millón y medio de colones y la funcionaria de la ventanilla, le indicó que solamente le recibía el pago en efectivo o en cheque, no por medio de tarjetas, ni transferencia. Manifiesta su preocupación, porque se está viviendo en un mundo que cambió y la Caja, todavía está viviendo en el siglo XIX. No se está cambiando

la forma de proceder ni de pensar. Esta Institución es la única que lo hace y, además, obligan al asegurado a presentarse en las oficinas en San José. Esa rigidez la tiene “amarrada” ya que no se quiere cambiar absolutamente en nada.

En defensa del Gerente Financiero – indica el doctor Llorca – tiene muy poco tiempo estando en el cargo.

Agrega el doctor Guzmán Stein que la Caja es la única institución que cuando se quiere pagar las planillas, en la noche después de la siete o sábados y domingos, no se puede hacer. Las municipalidades tienen esa posibilidad al igual que los bancos. Le parece que hay que ser más sofisticados, facilitarles más el trabajo a los usuarios, para que se pueda pagar desde cualquier lugar del país, no hay razón para que se tengan que trasladar hasta San José.

Sobre el particular, el señor Ronald Lacayo señala que sin duda esta es una situación que no puede ser. La buena noticia es que ya está resuelto, dado que hace dos semanas se firmó con el Banco Nacional de Costa Rica el convenio, para brindar el servicio de tarjeta de crédito. Entonces, a partir del 1° de setiembre a Nivel Central, se reciben pagos con tarjeta de crédito de toda naturaleza. Lo cual va a resolver una situación que se presentaba los primeros nueve días del mes, en la plataforma de servicios, pues era una aglomeración de personas increíble. En su momento, la Gerencia Financiera había sacado el pago de planillas, ya que se tiene alrededor de 3.600 puntos de pago en todo el país, a través de los bancos privados y públicos que recaudan la Seguridad Social. Lo que satura las plataformas son los trabajadores independientes y los asegurados voluntarios. A partir del 1° de septiembre de este año, también sale la recaudación de trabajadores independientes y voluntarios, pues en la plataforma de servicios, se va a recibir pagos con tarjeta de crédito. A Nivel Central y a partir de octubre de este año en el resto del país, en un proceso progresivo para cerrarlo en diciembre. Con ese aspecto, ya se resolvería el pago con tarjeta de crédito a partir del 1° de septiembre y en relación con lo que plantea el doctor Guzmán, no existe una buena comunicación, ya que la Caja tiene convenios de recaudaciones con los bancos. Si la persona va a pagar con un banco, está pagando con la página del banco y quien no permite pagar los fines de semana son los bancos.

Interviene el doctor Guzmán Stein y consulta que, entonces, por qué las municipalidades sí se pueden pagar por medio de la página las veinticuatro horas del día y los 365 días del año, inclusive, el pago correspondiente al Ministerio de Ambiente y Energía de Costa Rica (MINAE) se puede pagar a cualquier hora.

Responde don Ronald Lacayo que en los convenios, los bancos les han planteado que por montos, tienen que hacer un proceso de cierre de caja nocturno, para la cámara de compensación, pero la Caja está veinticuatro horas y siete días a la semana a través del SINPE, así como los 365 días del año. Si una persona paga a través de la oficina virtual del SICERE, pueden pagar desde cualquier parte del mundo, a cualquier hora y cualquier día del año. Lo que sucede es que si cancelan por medio de la página de algún banco, la regulación que rige es la del banco, pero esa situación es muy sencilla, por lo que si se necesita se les puede explicar el proceso. Es solamente acreditar una cuenta en SINPE y la mayoría de las personas físicas y jurídicas la tiene, y si pagan a través de la página Web de la Caja, hay un botón que dice “Pagar planilla” y no se tarda dos segundos el pago.

Manifiesta el doctor Guzmán Stein que si es por medio de SINPE hay que pagar la comisión de SINPE.

Explica el Lic. Lacayo que las políticas que se aplican para pagos por internet son las del banco, porque se usa la página del banco y requieren procesos nocturnos de cierre de caja. Los bancos se bajan los “switches” a las nueve de la noche, ya que empiezan a hacer sus cierres de cajas, para hacer sus cambios de cheques entre bancos y demás. Es un tema de los bancos, no es un asunto de la Caja, pues la institución habilita desde la página web del SICERE las veinticuatro horas del día y los 365 días del año.

Manifiesta el Director Loría Chaves que quiere ir al fondo del asunto que se está discutiendo. No se trata de un “quéjese aquí”, lo que se requiere es determinar si hay una voluntad de la Junta Directiva, para de este modo ampliar la cobertura y si la cobertura, es lo más estratégico hay que definir qué es lo que hay que hacer. Manifiesta don José Luis que tiene la impresión – por lo menos de lo que conoce de la Caja – que esta Institución, cuando se creó como Caja del Seguro Social para los cotizantes, era una situación y cuando se dio la universalización fue otra, es decir, cuando esta Institución era únicamente Caja del Seguro Social para los cotizantes, a las personas se les daba hasta el dinero para que fueran a comprar los medicamentos donde quisiera. Eso pasaba. Entonces, cuando se estudia la universalización y se determina de que a pesar de que fue hecha y culminada, por alrededor del año 1978, la Caja no se ha repuesto de ese impacto que significó, el traslado de todas las responsabilidades del Seguro Social, donde asumió todos los hospitales del país que eran de la Junta de Protección Social en condiciones deplorables. Por ejemplo, tuvo que empezar a construir hospitales y clínicas, en todo el país. Además, tuvo que hacer una enorme inversión en el recurso humano y a los empleados de la Junta de Protección Social, se le tuvieron que pagar los salarios que pagaban en la Caja, aunque no tuviera los requisitos. Entonces, además de esa situación, el Gobierno no cotiza lo que tiene que le corresponde cotizar. El Ministerio de Salud no le traslada el presupuesto que la Caja le está solicitando, desde el traspaso del Ministerio de Salud. En esta Junta Directiva se han generado disputas por esa situación y, sin embargo, esa responsabilidad tampoco se le ha dado a la Caja, es decir, a la Caja se responsabilizó, además, asumir los programas de prevención con sus propios recursos. Esa situación es así. Repite, La Caja no se ha repuesto de ese impacto y ni tan siquiera, ha podido llegar a hacerlo, porque es demasiado. La infraestructura que se hizo en la Caja, luego, de que la Junta de Protección Social le trasladó la infraestructura a la Caja, con la administración en el año 1978, en este momento ahora hay que volverla a hacer, porque ya está muy deteriorada y ya cumplió su ciclo de vida. En este momento, se está gestionando un proyecto con el Banco de Costa Rica, por medio del Fideicomiso con el que se está tratando de reponer algunas las áreas de salud. Manifiesta don José Luis que está haciendo este señalamiento, porque en esas condiciones, la informalidad es una carga muy pesada para la Institución. Los nuevos tiempos están generando una gran cantidad de circunstancias en la sociedad y la economía, la cual tiene que ser analizada constantemente por esta Junta Directiva, para determinar por dónde va la situación. En el país hay miles de personas que trabajan desde un garaje, es más, trabajan desde su oficina en la casa, por internet. Se tiene el problema de que la informalidad “callejera” es muy grande, con el agravante de que en este momento, se tiene que preparar para una enorme “oleada” de migración nicaragüense para Costa Rica, la cual la Caja no la puede evadir, porque hay que dar el servicio para que no se enfermen los ticos, es decir, se tienen que atender y no van a ser pocos nicaragüenses, ni va a ser un tema de meses. Cuando se hace referencia de las debilidades del Seguro de Salud, se tiene que determinar qué es lo que está sucediendo desde

todas las perspectivas. Don Mario tiene razón en algunos puntos que hay que atender, por ejemplo, el tema del estudio actuarial. El asunto de las empleadas domésticas ha dado un buen resultado, pues las estadísticas están indicando que más personas están asegurando a las empleadas domésticas. Manifiesta don José Luis que sí apoyará la propuesta, pero hay que atender las observaciones que hicieron los señores Directores.

Evidentemente se tiene que generar – apostilla el señor Presidente Ejecutivo – una instrucción a las Gerencias involucradas y a la Dirección Actuarial, para que desarrolle esa información y se logre complementar ese monitoreo constante, el cual estaba solicitando desde don Pablo Guzmán en sus intervenciones. Por otra parte, se tiene que valorar si se mantiene o no los tiempos de los seis meses para que se presenten las certificaciones, pero ese aspecto ya está coordinado con el MEIC. Hay una coordinación muy importante que lleva muchos meses, porque hay que empezar el proceso así y, posteriormente, se determina si se puede mejorar.

La Directora Alfaro Murillo agrega al comentario que hacía don José Luis, que el aseguramiento de las empleadas domésticas ha sido un éxito, pero no es suficiente porque se tomó la decisión de establecer el período de aseguramiento, para que se tuvieran a las empleadas por medio tiempo y se sigue dejando por fuera, a las personas que hacen trabajo domésticos por cuatro, cinco y seis horas. Evidentemente, se pueden asegurar, el tema es que el patrono tiene que pagar por el equivalente al 50% de la Base Mínima Contributiva, ese es el tema, no es que no se pueda. Un patrono tiene a una persona cuatro horas y la puede asegurar, pero tiene que pagar sobre el 50% de la BMC, cuando puede probar, fehacientemente, que trabaja cuatro horas en su casa a la semana. Es un tema que ya había conversado con don Ronald Lacayo y estima que ese proceso se tiene que ampliar. Si no se logra para esos espacios, un modelo de aseguramiento por tiempo real, se está en el siglo XIX y en el tema de las PYMES. Comenta un ejemplo de una señora en Guararí que tiene una panadería y ella junto con su empleado permanente están aseguradas, pero cuando tiene pedidos especiales contrata personas, entonces, si le recibe un pedido de un “catering service” y contrató toda la noche y la madrugada a unas personas, ella quisiera poder asegurar a esas personas, pero no lo va hacer. Lo que hace es que las contrata de manera temporal en una semana, otra semana no la contrató, otra semana lo contrató cuatro horas y así varias personas, ya que son varias señoras vecinas que no pueden ser contratadas todo el tiempo, pero no las puede asegurar porque si se le va a cobrar sobre la BMC no puede pagar. Ciertamente, se está en un modelo siglo XIX versus XXI, entonces, todos esos aspectos hay que abrirlos. No se trata de “alcahuetear a nadie”, pues para ello se hace el control, ni se establecen barreras de entradas, si no que se hace control. El mundo lo descubrió completamente, pero la Institución sigue estableciendo barreras de ingreso y dejando todo el tema de verificación de los requisitos antes y luego el control. Es una etapa a la que no se le da la importancia, lo que se debe hacer es abrir las puertas, mostrar todas las opciones, no establecer barreras de entrada. Pero, eso sí, con un sistema de control y de penalización que haga que quien falle esté, totalmente, obligado a pagarle a la Seguridad Social por esas irregularidades o fallas que cometió. El ejemplo de esa panadería de Guararí, es para ella uno de los mejores ejemplos, al igual que el caso de empleadas domésticas que trabajan solo cuatro horas en una casa y la persona que las emplea tiene la mejor voluntad para asegurarla, pero no va a pagar por el 50% que se le establece, porque la persona solo trabaja cuatro horas. Entonces, hasta que no se logre resolver esos amarres reales, el aseguramiento de las empleadas domésticas puede estar muy bien, pero se tenía un presupuesto para eso y lo que se tiene es un 10%, lo cual es un éxito, pero es un éxito mínimo. Si se vendió en un modelo de apertura de aseguramiento, indicar que se tiene un 10% es muy

poco y es porque falta ese paso mucho más proactivo, en el que se indique que la persona se asegure por tiempo real, empezando por trabajadores domésticos, jardineros y demás y, definitivamente, se podría tener a muchas personas más registradas.

El doctor Llorca Castro le agradece a doña Marielos, indica que son ejemplos típicos y situaciones reales que todavía son muy conservadoras, pero como ha costado. Entonces, las observaciones son sumamente atinadas y si cree que hay que monitorear muy bien el proceso y hay que determinar qué oportunidades existen, para ampliar e ir flexibilizando y adaptando la capacidad operativa a las realidades que están en la calle desde hace muchos años. No son situaciones nuevas, porque están desde hace muchos años y se debería de tener esa posibilidad de flexibilizar todos los procesos, en aras de lo que bien señaló y con una contundencia implacable, lo indicó don José Luis de que el peor enemigo de la Seguridad Social, es esa masa de informalidad que usa los servicios y no cotiza, lo cual es “desangrante” para esta Institución.

El Director Devandas Brenes reitera que está de acuerdo en promover la formalización del empleo, incluso, sino le falla la memoria, le propuso ese tema al anterior Gerente Financiero una vez que tuvo la oportunidad de estar en una fotocopiadora cercana a la Universidad Nacional y el dueño de la fotocopiadora, lo identificó y le comentó que tenía un problema, porque le daba trabajo a los estudiantes jueves, viernes, sábado y lo obligaban a asegurarlos por un salario completo y ese aspecto, efectivamente, es un problema. Los abogados le han enseñado que hecha la ley, hecha la trampa, entonces, hay que tener mucho cuidado. Han reclamado aquí por ejemplo, el tema de las vacunas, tema esencial para la salud de este país, en el sentido de que el Estado no paga lo que le corresponde y la Caja, está asumiendo todo el costo de la vacunación. Recuerda que en esta Junta Directiva se generaron insatisfacciones, cuando se impuso la Fecundación In Vitro (FIV) y a la Caja, no se le dan los recursos para hacerle frente. Se ha planteado, insistentemente, el tema del hospital para enfermos mentales, con problemas con la Ley. Se le impuso a la Caja atender esa población que cuesta más de dos mil millones de colones al año y el Estado no paga nada, ni siquiera los custodios necesarios para el traslado de enfermos de esa naturaleza con algo riesgo, entonces, la Caja virtualmente está manteniendo una cárcel pública con los recursos de la Seguridad Social. Con respecto de lo que se indica en la página N° 20 de este estudio: “la prima contributiva para el aseguramiento del Seguro será el 15%”, sin embargo, presentará una reducción según lo que se observa en el siguiente gráfico”. En el gráfico indica “el Seguro de Salud asume el costo de la diferencia entre el porcentaje de cotización definido en el Reglamento del Seguro de Salud, es decir, el 9.25% y el porcentaje a utilizar, en caso de microempresarios; es decir, es la Caja la que va a asumir este costo. El costo de promover el desarrollo de la microempresa”. Reitera, es el mismo esquema: “por esta vía esta Institución va hacia la quiebra”. Señala el caso que es muy importante de los asegurados por el Estado, los indigentes es un gran avance pero por diversas razones, el Estado no cotiza sobre el salario mínimo, ni sobre el salario promedio como indica la Ley, sino sobre una BMC que después de un gran debate, se ha ido elevando hasta conducirla a un salario mínimo. Lo cual implica que los empresarios formales y los trabajadores, están subsidiando a ese resto de la población, porque no es por casualidad que la tasa de contribución es un 15%, ese es el producto de un análisis actuarial. Entonces, quiere decir que si el análisis actuarial señala que la base de contribución es un 15% y, en este momento, se está reduciendo el primer año en un 4.25% y llega al cuarto año a un 7.25%, cual es el impacto porque la microempresa genera el 50% del empleo en Costa Rica. Le preocupa que se apruebe la propuesta y, eventualmente, se genera una demanda extraordinaria y cómo se va a financiar, esa es su preocupación fundamental, porque

por esa vía se lleva a la Institución al fracaso. En ese sentido, considera que en términos generales, hay aspectos particulares del Reglamento que tienen que ser revisados, por ejemplo, la prima contributiva del Seguro en cuanto a patrono, trabajador y Estado, se mantiene según lo dispuesto en su utilización de la base ajustada del salario, es decir, le van a disminuir al emprendedor, al Estado y al trabajador, le van a rebajar un 54% de la contribución, lo cual es el primer año y le preocupa, porque esa situación estaría afectando negativamente al RIVM y a las finanzas institucionales. Sugiere que ese párrafo tiene que ser eliminado y, además, se indique con claridad, porque no está claro que sobre la base que ya se ajustó, si es que se quiere mantener así se pagará, efectivamente, el 15% o el 9.25% para que quede claro, porque no está suficientemente claro en la redacción del Reglamento pero, además, hay otro asunto en el Reglamento. Comenta que le hizo una pregunta al señor abogado, pues lo aprovecho porque pasó por ese lado del salón de sesiones y le indicó que el Reglamento, no se le va a aplicar a las empresas o a las microempresas que tengan deudas con la Caja. Cree que ese aspecto es una contradicción, porque si hay una microempresa a la que se le está cobrando el 9.25% y sobre todos los salarios hoy y tiene unas deudas y mañana, por ejemplo, se emite una disposición que dice que puede pagar menos, se va a acoger a esa disposición, inmediatamente, porque por lo menos en derecho penal, existe una norma de que la norma posterior beneficiosa. Le indica a doña Fabiola que en cuanto al tema de los meses, es más delicado de lo que se había pensado, a los seis meses se tiene que certificar que está inscrita, a los doce meses volver a certificar y es lo que se le está explicando. Cada seis meses la empresa tiene que presentar en la Caja, una constancia de que está inscrita como microempresa. Cree que ese aspecto se tiene que someter a una revisión. Hay otro aspecto que le parece que es contradictorio y está apoyando, la posición de fortalecer la microempresa. Por ejemplo, la microempresa empieza con tres trabajadores, para que le otorguen ese estímulo para que crezca. Si al segundo año tiene seis trabajadores, entonces, no solo sobre cinco, entonces, lo que se le está indicando a la microempresa es que no crezca o haga “fraude”, es decir, declare tres y a otros tres trabajadores, páguelos aparte distinto. No entiende la lógica de ese aspecto, porque si la idea es que la empresa crezca, lo normal es que en el período se le establezca un rango, empiece con menos de cinco y puede llegar a menos de diez empleados o a menos de doce, en el plazo que mantiene las condiciones porque, si no por un lado se le indica que crezca y por otro, que no crezca. Entonces, la microempresa con cinco trabajadores, está condenada a mantener cinco trabajadores durante cinco años y, entonces, le indican que no crezca, repite. Le parece que ese aspecto es contradictorio. Si se subsanara que no se va a subsanar, sea el Estado el que pague y no la Caja del Seguro, como es lo que se está proponiendo. En ese sentido, determina que son contradicciones, en las que se deberían de hacer correcciones en el Reglamento. Finalmente, también es indispensable que se presente un estudio actuarial, para que las responsabilidades de los señores Directores queden claras. Adelanta que votará a favor de una cuestión que no conoce, exactamente, qué es lo que implica para la sostenibilidad de la Seguridad Social y quiere e que el estudio actuarial lo indique. Si el estudio actuarial, indica que la propuesta es sostenible y se demuestra con números, en buena hora pero si se indica lo contrario, se estaría más bien cometiendo un grave error, en lugar de fortalecer el desarrollo de la Seguridad Social del país, pues ya se estaría debilitando.

Pregunta el doctor Llorca Castro si quieren contestar las preguntas técnicas de don Mario.

El Gerente Administrativo comenta que desea aclarar el tema relacionado con el RIVM y se lo aclara a don José Luis, el Reglamento en el artículo 3° en el último párrafo Indica: “asimismo las cuotas al Seguro de Invalidez, Vejez y Muerte serán las establecidas en su Reglamento”.

Pregunta el Director Devandas Brenes que las cuotas sobre qué base.

Indica el Lic. Lacayo Monge que son las que establece el Reglamento, ahí no se ha cambiado absolutamente ningún aspecto. Respecto de la BMC es lo mínimo que se puede cobrar en IVM y de ahí para arriba, por ese aspecto se está haciendo referencia de qué es su Reglamento. *“Para estos patronos la Institución igualmente recortará la demás carreras según lo dispuesto en la Ley Constitutiva de la Caja”*, pero si se quiere se aclara. Hace referencia al Reglamento porque ya el Reglamento lo establece.

El doctor Llorca Castro señala que le parece bien que quede claro en el Reglamento. Pregunta qué otro detalle había preguntado don Mario.

El Lic. Claudio Arce señala que la base adoptada del salario, se construyó con la Dirección Actuarial, en conjunto fue construida en un proceso de trabajo conjunto con la Dirección Actuarial. La pregunta del por qué se construyó de esa manera, es porque el criterio de la Dirección Actuarial, era la mejor forma para no establecer directamente la deducción del porcentaje de contribución patronal. Al final, el resultado da lo mismo matemáticamente, pero don Guillermo López consideró apropiado, utilizar una base ajustada sobre montos de los salarios, para calcular el beneficio que iba a percibir el microempresario, ese aspecto en primer lugar. En segundo lugar, para tenerlo claro es que parte de lo que don Mario y el doctor Devandas señalaron, es importante reiterar que más del 21% de los trabajadores de la microempresa, no están asegurados de acuerdo con la Encuesta Nacional de Hogares (ENAH) y hay un 50% de esos trabajadores que están asegurados, bajo modalidades de aseguramiento que no corresponden a las asalariadas como voluntario, el gráfico que se observó antes, muestra solo esos dos puntos y el otro aspecto, es para que quede claro el tema de estos plazos. Hay una preocupación pertinente sobre el tema de la sostenibilidad, entonces, cuando se establece los plazos de los seis, doce, veinticuatro, treinta y seis meses es, precisamente, para vincular la disposición del beneficio con un esfuerzo que la microempresa haga, para acreditarse como microempresa frente a los MYPIMES, lo cual es un esfuerzo natural que se coordinó, con el MAG y con MEIC y se considera que es la mejor forma, porque de alguna forma se está vinculando el beneficio con resultados y ese aspecto es para tenerlo claro. El otro aspecto, es que el empresario y el microempresario, puede como se observó en el gráfico, continuar creciendo su planilla, nada más que a partir del sexto trabajador, va a pagar sobre la BMC vigente y aprobada en el Seguro de Salud, es decir, no se limita el crecimiento de la empresa en cuanto a contratación de personal, por el contrario se le está indicando que crezca, pero a partir del sexto trabajador cotiza a partir de la BMC vigente en el Seguro de Salud y los otros cinco cotizan, utilizando la Base Ajustada al Salario.

El doctor Fernando Llorca indica que, finalmente, sobre el crecimiento del número de empleados que señalaba don Mario, una observación y pregunta si está vinculado al Reglamento.

El Lic. Arce indica que sí está vinculado al Reglamento y los cinco primeros trabajadores, cotizan sobre la Base Ajustada al Salario y a partir de sexto trabajador, la microempresa cotiza sobre la BMC, aprobada por el Seguro de Salud. No se limita en lo más mínimo el crecimiento de la planilla de la microempresa.

El doctor Fernando Llorca indica que doña Fabiola está preguntando sobre qué cotiza.

El Lic. Arce Ramírez responde que el trabajador cotiza sobre el porcentaje que está estipulado en el Reglamento del Seguro de Salud.

Anota el doctor Fernando Llorca que lo que se tiene que hacer es aclarar ese aspecto un poco más.

El Lic. Claudio Arce aclara que es importante la información que se presentó en un gráfico, fue producto del seguimiento que se le dio a diez microempresas durante cuatro años, con datos del Sistema Centralizado de Recaudación, pues solo dos microempresas en alrededor del último año, contrató más de cinco trabajadores, es decir, el supuesto que se tiene planteado es sobre una base real.

El señor Auditor tiene una pregunta, dado que hay tres criterios que emitieron las unidades técnicas, en el momento de conocer esa propuesta de Reglamento, en términos de si esos criterios, fueron contemplados y asimismo se aceptó que están contemplados en el Reglamento, porque lo que se está exponiendo es un tema de mucho fondo. Por ejemplo, lo que indica la Dirección Jurídica, pues solicita asimismo para su presentación a la Junta Directiva de la Caja, que se deberá adjuntar el respectivo expediente administrativo, en el que conste entre otros documentos: la justificación de la propuesta de Reglamento, los criterios técnicos y actuariales respectivos que fundamenten su aprobación. Lo anterior, por cuanto no se observan los criterios técnicos actuariales que acrediten, que dicha disminución en la cotización no afecte la sostenibilidad financiera del Seguro de Salud. Posteriormente, la Dirección Jurídica en el documento indica lo siguiente; no se adjuntó justificación desde el punto de vista técnico actuarial, en el sentido de que la aplicación de la Base Ajustada del Salario no afecta la sostenibilidad financiera del Seguro. La Dirección de Inspección también, en uno de sus párrafos manifiesta que es esperable que los patronos actualmente activos ante la Caja, se inactiven y registren una nueva inscripción, con otra persona jurídica o física con el fin de obtener el beneficio de la Base Ajustada del Salario del Seguro de Salud, generando una afectación económica en el fondo del Seguro de Salud. En este sentido, le parece que se debe tomar en cuenta que según datos de la Dirección Actuarial y Económica, el 82% de los patronos de la empresa privada inscritos en la Institución, reportan menos de 10 trabajadores y, finalmente, en el criterio de la Dirección Actuarial, manifiesta lo siguiente en un párrafo último: “desde el punto de vista de esta Dirección, la propuesta es positiva en el tanto permite facilitar el tránsito de la informalidad a la formalidad”. La microempresa que en ese momento no contribuye a los Seguros Sociales, lo que a futuro redundaría a mayor cobertura contributiva. En esa tarea, indica la Dirección Actuarial es importante la participación de las Instituciones antes mencionadas, así como un monitoreo permanente que permita evaluar, el comportamiento de la iniciativa e indica así como que no exista un efecto adverso en los ingresos de ambos Seguros, ese aspecto lo está manifestando la Dirección Actuarial. Su pregunta es si esas observaciones de las áreas técnicas, fueron contempladas en el Reglamento y así lo manifestaron, la aceptación de los mismos.

El Lic. Ronald Lacayo señala que el criterio jurídico es del 24 de julio de este año. Se tomaron las observaciones que se habían presentado, están incorporadas en este Reglamento y se envió el 26 de julio de vuelta a la Dirección Actuarial y a la Dirección de Inspección. En cuanto a lo

indicado por la Dirección Actuarial, don Jorge A. Hernández lo leyó y señaló que lo determina, positivamente. Cuando se envió el Reglamento se entendió y siendo partícipes del proceso que el estudio actuarial estaba casi que por defecto, pero habrá que ser explícitos en esa solicitud, aspecto que no debería ser. Lo que se indica es que el Reglamento ajustado, se envió a esas unidades y están a la espera de los criterios, por ese aspecto se está indicando que en la propuesta N° 2 del acuerdo, se incorpore en las observaciones que tenga que hacer la Dirección Jurídica y la Dirección Actuarial y Económica, pero en concreto esta propuesta las incorpora, pues se les envió el día jueves pasado y están esperando que el lunes próximo se reciba la propuesta. De hecho por ese aspecto la propuesta está planteada.

El señor Presidente Ejecutivo indica que quiere poner énfasis en dos aspectos, porque son enfáticos como Institución y lo va a indicar muy, claramente, en ponerle énfasis supuestamente en proteger la sostenibilidad financiera del Seguro de Salud y no se dan cuenta que el peor de los escenarios, es el que se tiene actualmente. “No entiende porque no se pide demostrar que en este momento, no se está destruyendo la sostenibilidad de los Seguros, con esa masa de 40% sin asegurar y consultando todos los días”. Por qué no pide con la misma vehemencia demostrar esa situación actuarialmente. Aclara que se lo indica a las personas que han levantado la voz en esta sesión cualquiera que sea, inclusive, se lo indica a don Jorge A. Hernández y don Gilberth Alfaro Morales, por qué no se pide un estudio actuarial que demuestre y defienda la situación actuarial, porque es la que se está pretendiendo dejar y ese escenario, es el más dramático el actual, el consumo actual es el más dramático, el Seguro de Salud actual es el que se está “desangrando”, todos los días con una masa de informalidad que no cotiza “nada”.

La Directora López Núñez señala que ese tema ya se ha analizado varias veces y cree que el país, se transformó así como lo mencionó don José Luis Loría producto de la universalización, se tomó una decisión y esa decisión parece que no fue tan bien pensada en sus consecuencias. Entonces, si se sigue con esa mentalidad “Bismarckiana”, van a haber costarricenses de primera y de tercera categoría, porque aquí no pasa lo que sucede en otros países de América Latina donde al Ministerio de Salud, le quedó una responsabilidad para la población no asegurada y los seguros sociales solo atienden asegurados. Comenta que ella lo ha observado en países de América Latina, por ejemplo, personas muriendo en las calles y fallecen en las aceras de los hospitales, porque no pueden pagar la cuota que se les exige para ingresar y está la familia con la mamá muriéndose –asegura que lo observó con sus ojos- lo ha observado en Perú y en Venezuela. Se imagina que el doctor Salas la puede ayudar con ejemplos de otros países, entonces, en Costa Rica se tiene un único servicio de salud, no hay más o las personas van a la Caja o se mueren si atención médica. En ese sentido, quiere hacer una excitativa de que se mida en una Encuesta Nacional de Salud, con la cual le parece que podría colaborar el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC), los gastos en salud que la población está haciendo en este momento, porque es una información vital para poder tomar decisiones. Además, va a ayudar para conocer cuánto es lo que la Caja está gastando en atención, si es que los atienden porque ya no pueden pensar que van a atender asegurados, están atendiendo a una población completa porque no hay a donde ir. Cuánto cuesta un internamiento en una Clínica privada por un día, cuando el salario promedio de este país no llega a medio millón de colones mensuales, entonces, es imposible para esas personas puedan ingresar a una Sala de Emergencias de un hospital privado. Cuánto cuesta una consulta de un médico especialista, en este momento no es menor a cien dólares, entonces, quiere observar qué respuestas van a dar, se va a tener que pensar en una forma novedosa, no conoce cómo, ni que hacer pero ya no existe la Caja para los

asegurados, lo cual feneció en los años 70 y se está teniendo un servicio de salud para el 100% de la población y de dónde se pueden sacar recursos. Le parece que se debe presionar al Estado por supuesto, apenas pasen las reformas fiscales en la Asamblea Legislativa, hay que incrementar el porcentaje de cotización al Estado. Pero también no se puede seguir pensando con la mentalidad de cuotas fijas, patronos, trabajadores y empleadores. Cada vez se va a tener que diversificar las fuentes de ingreso y lo que pide es que se observe a las personas que no están aseguradas, es decir, a esas personas que no tiene acceso al Seguro Social y llegan a los servicios de emergencia a fallecer o a esperar como lo observó el viernes en el Hospital de Guápiles. Lo anterior, por cuanto el colapso del Servicio de Emergencias en el Hospital de Guápiles, es impresionante, por ejemplo, hay personas que están sentadas por días en una silla, personas a las que se les observa el rostro pálido, la persona flaca y son viejitos. Entonces, puede indicar que se va a hacer. Le gustaría poder solicitarles a los señores Directores que vayan a asomarse en los hospitales, para que determinen qué es lo que está sucediendo. Por lo que se tiene que romper esquemas y pensar en contribuciones nuevas, porque lo único que tiene esta población es esta Institución y no hay más.

El doctor Llorca Castro les indica a los señores Directores que tienen que ser rápidos en su intervención, se va a someter la propuesta a votación, pues se tienen afuera los médicos que tienen que presentar y el asunto, se ha discutido suficientemente.

El Director Devandas Brenes Comenta que antes de formar parte de esta Junta Directiva, ha estado reclamando desde la sociedad civil, la sostenibilidad de la Seguridad Social y ha reclamado en esta Junta Directiva, que ha sido muy benevolente con el Estado, al no exigir la aplicación del artículo 177° de la Constitución Política y de la Ley Constitutiva de la Caja. Leyes que, incluso, establecen penas en el Código Penal, para el Ministro de Hacienda sino incluye en el Presupuesto Nacional de la República, las sumas que esta Junta Directiva le indique, sumas que esta Junta Directiva no le ha indicado, por las formas en que se hace el presupuesto, de manera que si ha estado muy preocupado por el asunto de la sostenibilidad, pero ese asunto hay que analizarlo bien. Le indica a la doctora López que para desarrollar la Seguridad Social, se pasaron los hospitales, pero el Estado no le pagó a la Caja como se le debió pagar y por ese aspecto las consecuencias; incluso, la ley de traspaso que establecía que todos los ingresos que tenía la Junta Directiva, se debería pasar entre ellos las rentas de la lotería, pero a esos recursos se les fue dando otro destino. Por lo que quedan son las cuotas obrero-patronales formales, subsidiando y esa es su preocupación, pero además la gestión se tiene que hacer bien. En el Reglamento, en el artículo 2°, por ejemplo, la Base Ajustada al Salario es aquel monto de contribución que se determina, con el propósito de disminuir la cuota patronal y la cuota patronal no se está disminuyendo, lo que se está disminuyendo es el aporte, la cuota sigue en un 15%, en un 9.25% pero en el caso, se indica que se va a disminuir la cuota y, luego, se indica en el artículo 3°, la Base Ajustada al Salario permite reducir el aporte de cotización patronal, ese es otro error técnico jurídico, no es la cotización lo que se reduce es el aporte final, la cuota tiene que quedar clara que es de un 9.25%, lo que se está disminuyendo la Base Ajustada del Salario y ese aspecto no está claro. Luego, insiste, que la prima contributiva del Seguro, en cuanto a patrono, trabajador y Estado, se mantiene según lo dispuesto en la Base Ajustada del Salario; es decir, se le va a disminuir al Estado y al trabajador la cotización. No está claro que es sobre el salario que se paga el IVM, ese aspecto no está suficientemente claro y, además, aquí hay otro tema que no está claro, si disminuye la BMC o en el caso, se denomina Base Ajustada del Salario, tiene que quedar claro que las reducciones para el Instituto Nacional de Aprendizaje

(INA), la Ley de Protección al Trabajador (LPT) y el INS, se hacen sobre la planilla y no sobre esta base ajustada de salario, o van a tener también otro problema, ese aspecto no está claro en el Reglamento. Insiste en que se indica que para que una microempresa pueda inscribirse, no hay que tener deudas con la Caja. Le parece que ese aspecto es contradictorio y, también, es contradictorio, es decir, exigir cuatro veces que la empresa presente que está inscrita y le parece e insiste que, también, es contradictorio el límite de cinco trabajadores, ese aspecto si se quiere para hacerlo más flexible como se está indicando de manera que aunque, él vaya a votar en contra de este Reglamento así como está, le parece que tiene que quedar bien claro, porque lo peor es que se apruebe un Reglamento que contenga muchos “baches” y no tenga, incluso, ese análisis actuarial. Después, quedan peor de cómo están, esa es su posición y ojalá que en Costa Rica, a cómo va el empleo formal y está totalmente de acuerdo con el tema, pero hay que hacer las cosas bien hechas, porque si no queda peor.

La Directora Alfaro Murillo indica que en la Base Ajustada al Salario, sugiere cambiar donde se indica que con el propósito de disminuir, se indique de ajustar, porque es lo que se está buscando y de igual forma, en el artículo 3° donde se hace mención de la Base Ajustada al Salario, no hay realmente una definición apropiada, Entonces, cree que debería indicar la Base Ajustada al Salario, permite o será la base imponible sobre la cual se calculará, el monto de la cotización patronal, utilizando el porcentaje correspondiente de 9.25% que indique que la Base Ajustada es la base imponible, entonces, se trate como base imponible, para aplicar en un 9.25%, con ese aspecto se corrigen los temas de fondo.

El doctor Llorca Castro indica que el tema es muy del MEIC. No obstante, las observaciones que ha hecho don Mario Devandas sobre las definiciones, muchas quedan saldadas con el comentario de doña Marielos Alfaro, pues cabe la oportunidad de aclarar todos los aspectos que se puedan y si algunas son tomadas de la reglamentación vigente hay que replicarlas. Don Mario tiene razón con las cuotas referente a otras. Ese aspecto se mantiene, exactamente, porque no son quienes para modificar. Además, quiere recordar que este es un esfuerzo que se viene haciendo con otras instituciones, dado que están también en procesos de desarrollar sus facilidades, para las MIPYMES, porque obviamente no es un ejercicio único de la Caja, entonces, las observaciones se pueden incorporar y es importante hacerlo.

El Gerente Administrativo aclara que el Reglamento es para el Aseguramiento de Microempresas y Emprendimientos en el Seguro de Salud, no toca otras instituciones, no toca IVM, sí el Seguro de Salud y así se llama el Reglamento. Entonces, es lo que esta Junta Directiva tiene para consideración pero, además, para agregar técnicamente, por ese aspecto se piden cinco meses de plazo, a nivel de SICERE se hacen las codificaciones y parametrizaciones, para que este tipo de identificadores no toque otras instituciones.

El Subgerente Jurídica aclara que la Dirección Jurídica es una unidad técnica y con base en la Ley que indica que cuando se trate el tema del aseguramiento, cuotas y prestaciones se debe hacer con base en estudios actuariales, ese es un mandato legal; entonces, ellos entienden la utilidad de todo esto que se presenta. Entiende que hay un gran porcentaje de personas que trabajan en la economía informal, pero hay competencias internas que se ejercen, por lo que la Dirección de Inspección, se encarga de esa tarea de determinar cómo logra incorporar en la formalidad, las empresas o personas que están informales. En ese sentido, la Dirección Jurídica cuando se refiere a esos aspectos, se trata de que se cumple el ordenamiento jurídico, más si está

contemplado en la Ley, porque se ha indicado que es un sistema de derecho, pero bajo el derecho también y, a veces, les corresponde ese trabajo un poco incómodo, es decir, que la gestión se realice correctamente. El tema está en la ley Constitutiva de la Caja, artículos 3°, 22° y 23°, pues señala que los estudios actuariales son importantes, para la toma de decisiones en cuotas y en prestaciones y es lo que está señalando la Dirección Jurídica.

El doctor Fernando Llorca indica que esta fase preliminar hay que entenderla, como una oportunidad, precisamente, para generar esa información y lograr realizar esos estudios y como un paso previo necesario, porque se tiene un universo del que no se conoce, realmente, mucho lamentablemente. En ese sentido, don Pablo Guzmán indicó que desde su primera intervención, es sumamente necesario poder construir esas bases de datos, para poder hacer todas esas proyecciones en toda su dimensión, esa es una de las justificaciones, por las que la iniciativa se ha quedado muy conservadora e, inclusive, al punto de que esa avalancha de MIPYMES que se registren, no la ven ni por cerca, más bien las microempresas que se han enterado del asunto, están manifestando en el período de consulta que iba a quedar documentado con absoluta claridad, lo cual no termina de ayudar a las microempresas, ni es una motivación. En ese sentido, al final es apenas empezar a construir esas grandes bases de datos, las cuales se ocupan para poder hacer proyecciones actuariales, porque también quiere decir que a cualquier estudio, por ejemplo, hoy en día se le denomina un estudio actuarial y lo indica así, porque los estudios actuariales, deben ser bien hechos en toda su dimensión. En esos términos, es toda la obligación pero para poderlos construir, se necesita información básica, la cual la van a empezar a recolectar. Por lo que si se quiere, se determina como un ejercicio de recolección de información. Somete a votación el tema con todas las observaciones que se han hecho, las cuales han sido muy puntuales y han sido reiteradas varias veces.

La Directora Abarca Jiménez pregunta cómo se queda en cuanto al estudio actuarial.

El doctor Fernando Llorca responde que el estudio actuarial, se le está solicitando en el acuerdo segundo a la Gerencia Financiera, a la Dirección Jurídica y a la Dirección Actuarial y Económica, para que se acaten todas las observaciones y entre esas el estudio actuarial.

La Directora Jiménez Aguilar indica que ella se siente muy preocupada por estar aprobando temas, en las que no observa la corrección, ni la versión final. Está aprobando la propuesta porque desea que avance el Reglamento, pues considera que en el espíritu del Reglamento pero en todas las reuniones es lo mismo. Se hace una cantidad significativa de observaciones y no logra observar las observaciones aplicadas, entonces, al final se está aplicando sobre un Reglamento del cual no se tiene la versión final y le parece que esa es una práctica que se debería de modificar.

Al respecto, indica el señor Presidente Ejecutivo que el citado Reglamento, se tiene que volver a presentar a consideración de la Junta Directiva, por si existen observaciones. Además, se puede circular definitivamente con todas las observaciones cuanto antes, sobre todo las anotaciones, las definiciones, pero tienen razón doña Fabiola. En todo caso, cree que hoy, precisamente, el tema se va a comentar al final del día, pues habrá una oportunidad de replantear mucho de los elementos operativos de cómo se maneja la Junta Directiva, dado que se ha reclamado varias veces y es importante que el tema se empiece a discutir. Lo anterior, sobre todo una vez que se

incorpore don Román Macaya, pues se le comentó que no se va a incorporar este jueves a la Junta Directiva, por cuanto es un día feriado.

Ante un comentario del señor Loría Chaves, le indica al doctor Llorca que los Miembros de la Junta Directiva están invitados al traspaso, pregunta si les llegó la invitación porque tiene sus dudas. Por otra parte, comenta que el otro día les preguntó a los Presidentes Ejecutivos que tuvieron reunión y el doctor Sáenz Pacheco, le indicó que no le había llegado. Le parece que se tiene que revisar ese aspecto. Le solicita a Emily que le ayude para que se corrobore si todos los Expresidentes y todos los Miembros de la Junta Directiva, están recibiendo la invitación para el miércoles. Señala que no es una sesión de la Junta Directiva, no es un acto protocolario pero ese jueves no va a haber sesión, va a ser el otro jueves.

El Director Guzmán Stein se excusa porque el miércoles ya tenía un compromiso que no puede cambiar, entonces, ya envió la excusa.

Pregunta el señor Presidente Ejecutivo quien puede llegar. Le pregunta a don José Luis Loría.

El Director Loría Chaves responde que no conoce.

Sometida a votación la moción para que la resolución se adopte en firme es acogida por todos los señores Directores excepto por el Director Devandas Brenes, que vota en forma negativa. Por tanto, el acuerdo se adopta en firme.

El Director Devandas Brenes manifiesta que quiere dejar constancia en actas que votó en contra de la propuesta, pues le llama la atención que se aprueba el Reglamento en borrador.

El doctor Llorca Castro indica que parte de la aprobación es necesaria, para poder salir a la consulta pública, porque las observaciones van a ser una gran cantidad y se tiene que volver a presentar ante esta Junta Directiva.

Indica la Directora Jiménez Aguilar que, entonces, porque no se deja ese aspecto como un acuerdo, en términos de que una vez que se recopilen las observaciones de las partes, se presente de nuevo el Reglamento ante este Órgano Colegiado.

Señala el doctor Fernando Llorca que está dentro del procedimiento. Para tranquilidad de doña Maritza Jiménez, los reglamentos por lo menos se presentan ante el cuerpo colegiado alrededor de tres veces, pues no es verdad que se aprueban una sola vez, va a hacer la aclaración aquí de desmentir ese aspecto claramente. Repite, los Reglamentos se presentan al menos tres veces ante la Junta Directiva, para la aprobación y los temas se los indicó el otro día, a esta Junta Directiva los temas se presentan durante años, una y otra vez y se van a cansar de conocer los temas. Lo indicó con categoría el jueves, a esta Junta Directiva se presentan los temas y no siempre se toman las decisiones.

Por consiguiente, se tiene a la vista el oficio número GF-3252-2018, de fecha 26 de julio del 2018, firmado por el licenciado Lacayo Monge, Gerente Administrativo a cargo de la Gerencia Financiera, que en adelante se transcribe y presenta la propuesta del Reglamento para el Aseguramiento de Microempresas y Emprendimiento en el Seguro Social (Mipymes):

“La institución a lo largo de los años ha diseñado diversas modalidades de aseguramiento contributivo y no contributivo, las cuales han permitido que la cobertura de aseguramiento haya alcanzado al año 2017 porcentajes aproximados al 95% de la población. No obstante, la informalidad del mercado de trabajo, constituye un reto fundamental para las finanzas Institucionales, así el seguro social se financia mediante contribuciones tripartitas obligatorias provenientes de patronos, trabajadores y el Estado.

Estas contribuciones corresponden a porcentajes aplicables sobre el salario, con lo cual son de carácter progresivo, a la vez que cumplen una función redistributiva. Como contraposición a las bondades de esta forma de financiamiento, se tiene que las finanzas presentan una relación directa con el desempeño del mercado laboral y por ende, se ven afectadas de manera significativa, por condiciones relativas a la informalidad; así como los ciclos de crecimiento de la producción y las expansiones o contracciones del empleo y los salarios

En el período que comprende el segundo trimestre del 2010 al primer trimestre del 2018 se observa una débil generación de empleo asalariado y un crecimiento del trabajo por cuenta propia, generalmente de menor calidad que el empleo asalariado. Así, según la Encuesta Continua de Empleo (ECE) publicada por el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC) refleja en que la PEA ocupada en empleos informales se sitúa en el 41.4% del total.

Conforme con lo anterior y en el contexto de las transformaciones que se observan en el mercado de trabajo, la Gerencia Financiera se encuentra desarrollando estrategias de sostenibilidad para el Seguro de Salud. En este sentido, las alternativas propuestas para aumentar la cobertura contributiva tanto de trabajadores asalariados como independientes se enmarcan dentro de esta estrategia de sostenibilidad.

De acuerdo con lo expuesto y en el marco del proceso de atención de la propuesta para la extensión de la cobertura contributiva para grupos de difícil aseguramiento, trabajadoras domésticas, trabajadores independientes, microempresarios y recolectores de café, instruido por la Junta Directiva a esta Gerencia y de conformidad con las gestiones realizadas por parte del Equipo Técnico conformado para tales efectos, se adjunta para conocimiento, la propuesta de reglamento para el aseguramiento de microempresas y emprendimientos en el Seguro de Salud.

Esta propuesta contiene dos componentes principales, la reforma reglamentaria y una fuerte estrategia de comunicación que permita educar y sensibilizar acerca de la importancia del aseguramiento en la microempresa.

I. Antecedentes

La Junta Directiva ha tomado varios acuerdos relacionados con el tema, según se detalla a continuación:

En el artículo 5° de la sesión N° 8793, celebrada por la Junta Directiva el 06 de agosto de 2015, se establece lo siguiente:

“ACUERDO: Instruir a la Gerencia Financiera para que con el apoyo de la Gerencia de Pensiones, la Dirección Jurídica y la Dirección Actuarial continúen desarrollando el análisis de las alternativas de aseguramiento para grupos de difícil cobertura compuestos por trabajadores de servicio por trabajadores de servicio doméstico, etc.; así como trabajadores independientes con ingresos menores a la base mínima contributiva.

Además instruye a la Gerencia Financiera para que presente a esta Junta Directiva una propuesta para cada modalidad de aseguramiento, para los grupos denominados de difícil cobertura, de manera que en forma independiente se vaya analizando su viabilidad técnica.

Posteriormente, en el 2016 ese Órgano Colegiado tomara el siguiente acuerdo:

Artículo 14° de la sesión 8838, celebrada el 21 de abril del año 2016:

***ACUERDO PRIMERO:** dar por recibida la “Propuesta para la extensión de la cobertura contributiva, incluyendo grupos de difícil aseguramiento: independientes, asalariados de tiempo parcial y multipatrón, trabajadoras domésticas, microempresarios y recolectores de café”; e instruir a la Secretaría de la Junta Directiva, proceder con la inclusión en la agenda de las próximas sesiones, la presentación de las propuestas específicas diseñadas por la Gerencia Financiera. En ese sentido, se instruye a la Gerencia Financiera para que continúe con el proceso.*

Y más recientemente, lo dispuesto por la Junta Directiva, en el artículo 3° de la sesión N°8940, celebrada el 20 de noviembre de 2017, que a la letra se lee así:

“ARTICULO 3

*Por consiguiente, habiéndose hecho la presentación respectiva, por parte del Gerente Financiero, en relación con la Propuesta integral para la extensión de la cobertura contributiva a las microempresas y conforme con los criterios técnicos visibles en el oficio número GF-38402017 del 6 de noviembre del año 2017, contenidos en el documento "Diagnóstico y propuesta para la extensión de la Cobertura Contributiva de las Microempresas", la Junta Directiva **ACUERDA** dar por conocida la "Propuesta integral para la extensión de la cobertura contributiva de las microempresas", e instruir a la Gerencia Financiera, para que, en coordinación con las dependencias institucionales correspondientes, emitan los criterios finales en el ámbito jurídico, financiero, actuarial, administrativo y técnico-operativo, a fin de que, en un plazo no mayor a dos meses, se presente ante esta Junta Directiva la propuesta de "Reglamento para la inscripción de las microempresas y el aseguramiento de sus trabajadores*
”

Para dar cumplimiento con la instrucción de la Junta Directiva, se desarrolla una propuesta de reglamento con el concurso activo de diferentes instituciones públicas, entre las que se citan:

- Ministerio de Agricultura y Ganadería (MAG).
- Dirección General de Pequeña y Mediana Empresa. Ministerio de Economía, Industria y Comercio (MEIC).

A esto se agrega, la participación activa de diferentes instancias a lo interno de la CCSS: Dirección Actuarial y Planificación Económica, Dirección Jurídica, Dirección SICERE, Dirección de Inspección y Dirección de Cobros.

El reglamento contiene disposiciones generales para garantizar el correcto aseguramiento de la microempresa; así como, el conjunto de condiciones particulares, el esquema de financiamiento de esta modalidad de aseguramiento, las condiciones que tienen que cumplir los microempresarios para acceder a la Base Ajustada al Salario (BAS), las causales de suspensión temporal y definitiva del esquema de aseguramiento.

Por lo anteriormente expuesto, a continuación se presenta la propuesta de reglamento que contiene los criterios jurídico, financiero, actuarial e inspección correspondientes.

II. Exposición de Motivos

En Costa Rica la preocupación por el tema de la cobertura del Seguro Social de Salud cobra cada día mayor importancia en un contexto donde la economía evidencia ciertas debilidades para generar empleos en el sector formal, y donde los problemas sociales y la desigualdad en el ingreso tienden a acrecentarse. Sin duda alguna, el tamaño del sector informal, la carencia de ingresos y la baja capacidad contributiva de ciertos grupos se convierten en factores estructurales críticos que limitan las posibilidades de expandir la cobertura más allá de ciertos rangos, tal es la situación de los recolectores de café.

La protección social de las contingencias relacionadas con el estado de la salud está estrechamente vinculada con el desarrollo del Seguro Social de Salud, el cual ha pasado por un marcado proceso evolutivo, tanto en su enfoque de aseguramiento como en su esquema de financiamiento. Actualmente, la cobertura de aseguramiento del Seguro de Salud se estima en un 95% de la población y la cobertura contributiva asciende a un 69% de la Población Económicamente Activa (PEA).

Tal y como se destacó en párrafos anteriores, la propuesta de reglamento es el resultado del trabajo en conjunto entre los equipos técnicos del Ministerio de Economía, Industria y Comercio (MEIC) y el Ministerio de Agricultura y Ganadería (MAG). Por otra parte, dentro de los aspectos considerados en el proceso de diseño de la estrategia cabe mencionar la Recomendación 204 de la OIT, que el 12 de junio de 2015 fue adoptada para fomentar la transición de la economía informal a la economía formal (OIT, 2015b) con objetivos orientados a facilitar la transición mediante programas con enfoques específicos que tomen en cuenta la diversidad de características, circunstancias y necesidades de las unidades productivas de la economía informal y por ende de sus trabajadores.

Esta recomendación se realiza basada en las siguientes consideraciones:

- *“Reconociendo que la alta incidencia de la economía informal, en todos sus aspectos, representa un importante obstáculo para los derechos de los trabajadores, con inclusión de los principios y derechos fundamentales en el trabajo, así como para la protección social, las condiciones de trabajo decente, el desarrollo inclusivo y el Estado de derecho, y tiene consecuencias negativas para el desarrollo de empresas sostenibles, los ingresos públicos y el ámbito de actuación de los gobiernos, en particular por lo que se refiere a las políticas económicas, sociales y ambientales, así como para la solidez de las instituciones y la competencia leal en los mercados nacionales e internacionales;*
- *Reconociendo que la mayoría de las personas que se incorporan a la economía informal no lo hacen por elección, sino como consecuencia de la falta de oportunidades en la economía formal y por carecer de otros medios de sustento;*
- *Recordando que los déficits de trabajo decente — la denegación de los derechos en el trabajo, la falta de suficientes oportunidades de empleo de calidad, una protección social inadecuada y la ausencia de diálogo social — son más pronunciados en la economía informal;*
- *Reconociendo que la informalidad obedece a múltiples causas, incluidas las cuestiones estructurales y de gobernanza, y que, en un contexto de diálogo social, las políticas públicas pueden acelerar el proceso de transición a la economía formal;*
- *Recordando la Declaración de Filadelfia, 1944, la Declaración Universal de Derechos Humanos, 1948, la Declaración de la OIT relativa a los principios y derechos fundamentales en el trabajo y su seguimiento, 1998, y la Declaración de la OIT sobre la justicia social para una globalización equitativa, 2008;*
- *Reafirmando la pertinencia de los ocho convenios fundamentales de la OIT, así como de otras normas internacionales del trabajo e instrumentos pertinentes de las Naciones Unidas a los que se hace referencia en el anexo;*
- *Recordando la Resolución relativa al trabajo decente y la economía informal y las Conclusiones sobre el trabajo decente y la economía informal adoptadas por la Conferencia Internacional del Trabajo en su 90ª reunión (2002), así como otras resoluciones y conclusiones pertinentes a las que se hace referencia en el anexo;*
- *Afirmando que la transición de la economía informal a la economía formal es esencial para alcanzar un desarrollo incluyente y hacer efectivo el trabajo decente para todos;*
- *Reconociendo la necesidad de que los Miembros adopten medidas urgentes y adecuadas para facilitar la transición de los trabajadores y las unidades económicas de la economía informal a la economía formal y asegurar al mismo*

tiempo la preservación y la mejora de sus medios de subsistencia durante la transición;

- *Reconociendo que las organizaciones de empleadores y de trabajadores desempeñan una función importante y activa en la facilitación de la transición de la economía informal a la economía formal”*

Es importante destacar además que el punto 6) de la recomendación define que para dar efecto a las disposiciones contenidas “*y habida cuenta de las diversas formas que reviste la economía informal en los Estados Miembros, la autoridad competente debería determinar la naturaleza y el alcance de la economía informal, con arreglo a la descripción de ésta en la presente Recomendación, y su relación con la economía formal*”, delegando de esta forma en cada país la caracterización de la población que se tomará como objetivo para las políticas a aplicar tomando en cuenta las características de cada Estado, las circunstancias, leyes, políticas, prácticas y prioridades específicas de cada país en materia de transición a la economía formal, la necesidad de prestar especial atención a las personas particularmente vulnerables ante los déficits más graves de trabajo decente en la economía informal.

Los Miembros deberían extender progresivamente, en la legislación y en la práctica, a todos los trabajadores de la economía informal, la seguridad social, la protección de la maternidad, las condiciones de trabajo decentes y un salario mínimo que tenga en cuenta las necesidades de los trabajadores y tome en consideración los factores pertinentes, incluyendo, entre otros aspectos, el costo de la vida y el nivel general de los salarios en sus países; con el fin de lograr la transición de las micro y pequeñas unidades económicas a la economía formal, para ello el país determinará la población a la que se aplicarán estas medidas.

Cabe resaltar que para su ejecución, de conformidad con los procedimientos establecidos por la OIT, las Recomendaciones no están sujetas a ratificación sino que señalan pautas para ser tomadas en cuenta en las políticas, la legislación y la práctica nacional de los Estados Miembros. Para realizar esta caracterización es necesario determinar la medición de la economía informal, los datos estadísticos del país y las condiciones para generar lo programas y políticas.

Según OIT (2015a) no existe un modelo único e ideal para promover la formalización y la protección social en las micro y pequeñas empresas, pero si se pueden mencionar algunas características de los regímenes generales de seguridad social que pueden ser más o menos favorables a la formalización del empleo en estas entidades; las principales son la progresividad en las cotizaciones, la existencia de subsidios a las cotizaciones y la reducción de los costos de administración del sistema de la seguridad social, entre otros. Estos regímenes se originan como respuesta a las dificultades que por su naturaleza enfrentan este tipo de empresas a causa de debilidades productivas o administrativas difíciles de subsanar en los primeros años del negocio.

En el caso de Costa Rica, y con base en estadísticas del Instituto Nacional de Estadística y Censo, se estima que cerca de un 77% de los empleos informales de trabajadores asalariados se encuentran en las microempresas. Asimismo, las encuestas evidencian que entre más pequeña sea la empresa menor es la cobertura contributiva. Por esto, el apoyo y

fortalecimiento del sector de microempresas es un factor clave para el desarrollo económico y social del país, y para el incremento de la cobertura contributiva en los seguros sociales.

En esta dirección la Comisión Económica para América Latina (CEPAL) destaca que “...que la formalización del empleo posibilita el acceso a los beneficios de la protección social no solo del trabajador sino también de su familia. De este modo, las mejoras sustantivas de la calidad del empleo han tenido como resultado un aumento de la cobertura de los seguros sociales de naturaleza contributiva (...)”¹.

En esta dirección la Institución forma parte de la *Estrategia Nacional para la Transición a la Economía Formal. Implementación de la Recomendación 204 de la OIT en Costa Rica*; asimismo, el esfuerzo por la formalización de la microempresa se observa en proyectos de ley como *Ley para Exonerar temporalmente del Aporte Patronal al Fondo de Desarrollo Social y Asignaciones Familiares y al Instituto Mixto de Ayuda Social, a las microempresas en condición de informalidad*, visible en el expediente 19.805 en la Asamblea Legislativa.

Por lo tanto, esta iniciativa se enmarca dentro del esfuerzo nacional que tiene como propósito combatir la informalidad en el mercado de trabajo, que se observa en la Estrategia Nacional para la Transición a la Economía Formal, el esmero del país por cumplir la recomendación 204 de la OIT antes mencionada, así como parte del proceso de adhesión a la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) específicamente en la recomendación N°7 que entre otras cosas indica (..) que se debe reducir informalidad en el empleo, para lo que se requiere de una estrategia integral (..)

A lo anterior se agrega que la situación del aseguramiento de las microempresas en el Seguro de Salud presenta características particulares; así, según la información de la Encuesta Nacional de Hogares (ENAH), la cobertura contributiva de las microempresas es la más baja cuando se mide según tamaño de establecimiento, que si se toma en cuenta la cantidad de trabajadores promedio (2.1 trabajadores con base en información del MEIC), su cobertura ronda el 33.6%. Este bajo nivel de aseguramiento tiene diversos impactos en esta población.

Asimismo, llama la atención las modalidades de aseguramiento tan diversas que utilizan las microempresas (patrono y trabajadores) para asegurarse.

- El 15.3% de los trabajadores se encuentran asegurados como asalariados (aseguramiento correcto).
- Alrededor de 13.1% son asegurados bajo la modalidad de trabajador independiente y convenios
- El 17.9% de los trabajadores en microempresas obtienen acceso a los servicios de salud mediante la modalidad de Beneficio Familiar.
- Un 10% se encuentra con acceso a los servicios de salud mediante la modalidad de Asegurados por el Estado.

¹ CEPAL/OIT: *Coyuntura laboral en América Latina y el Caribe. Protección social universal en mercados laborales con informalidad*. N°12. Mayo, 2015.

- Un 5.8% se asegura bajo formas de seguro diversas como seguro privado, seguros cubiertos con los regímenes especiales, régimen no contributivo o incluso estudiantes.
- Un 16.6% se asegura bajo la modalidad de asegurado voluntario
- Y un 21.4% reporta en las encuestas no estar asegurado.

Que se registren alrededor de 204.743 trabajadores sin aseguramiento es una condición compleja, en el sentido de que este trabajador y su familia se encuentra desprotegido completamente del acceso a los servicios de salud y los beneficios que este confiere. Por otra parte, que un 18% se encuentre asegurado como beneficio familiar, significa que tienen acceso a los servicios sin contraprestación de pagos, lo cual afecta los ingresos del Seguro de Salud.

En esta línea argumental es necesario destacar que los asegurados por Cuenta del Estado, así como los dependientes del asegurado directo no cotizan al régimen de pensiones. Esta característica implica al menos dos cosas:

- a) En el mejor de los casos esta población podría aspirar a una pensión del Régimen No Contributivo (RNC) de Monto Básico, y
- b) Existe necesidad en el país de abordar esta situación pues un porcentaje importante de población no va a disfrutar de pensión en la vejez, con las consecuencias en la pobreza que ello implica.

En esta dirección, los trabajadores que laboran para microempresarios (1-5 trabajadores) son lo que observan el mayor porcentaje de no asegurados, ello cuando se comparan con los no asegurados según tamaño de empresa, según los datos emanados el área de Estadísticas de la Dirección Actuarial y Económica.

Teniendo como contexto los elementos anteriores, y después de un trabajo conjunto entre la CCSS y el Ministerio de Economía, Industria y Comercio (MEIC), el Ministerio de Agricultura y Ganadería (MAG) se desarrolla una propuesta de reglamento para propiciar la inscripción y reanudación de las microempresas, es decir, su formalización y a su vez, el incremento de la cobertura contributiva, que reúne las siguientes características:

- a. **Diseño y desarrollo de una base ajustada al salario:** se plantea implementar una base ajustada al salario (BAS) en el Seguro de Salud, para un periodo de 4 años para las microempresas. Con la aplicación de dicha base se pretende introducir un incentivo monetario para disminuir el costo patronal en el aseguramiento. Dicho beneficio es gradual y progresivo para el período antes indicado.
- b. **Base ajustada al salario (BAS) vinculada con la condición PYME o PYMPA:** Para que la microempresa tenga acceso a la base ajustada al salario, tiene que partir del sexto mes y cada año, durante cuatro años, disponer de la condición PYME o PYMPA dependiendo si es una microempresa dedicada a la industria, comercio, servicio, tecnología e información o agrícola

III. Justificación

Con base en los elementos anteriores, en conjunto el MEIC, MAG y la CCSS diseñan una propuesta de reglamento para el aseguramiento de microempresas y emprendimientos en el Seguro de Salud. Como lo indica el título de la propuesta de reglamento, el esquema de aseguramiento se circunscribe al Seguro de Salud. La prima contributiva del Seguro de Salud se mantiene según lo dispuesto en su Reglamento, por lo que la cuota patronal para las microempresas se aplica por medio de la utilización de la Base Ajustada al Salario. La cuota obrera y del Estado al Seguro de Salud, serán las establecidas en su Reglamento.

Asimismo, las cuotas al Seguro de Invalidez, Vejez y Muerte serán las establecidas en su Reglamento. Para estos patronos, la Institución igualmente recaudará las demás cargas, según lo dispuesto en la Ley Constitutiva de la Caja Costarricense de Seguro Social. A los elementos anteriores, se agrega que en el caso de los microempresarios, se tiene:

- El 63% de las personas que trabajan en microempresas ubican su nivel de ingreso en los cinco primeros deciles de ingresos.
- Las personas que trabajan con microempresarios están conformándose por una población envejecida, en este sentido el 12.6% es mayor a 60 años o más, mientras que en el caso de las empresas con más de 6 empleados, este porcentaje es únicamente de 2.1%; asimismo, el 44.3% tiene más de 45 años, en oposición con las empresas más grandes, donde este porcentaje es únicamente el 27%.
- Las actividades económicas principales de la microempresa de acuerdo con la Encuesta de Hogares son el comercio, agricultura, ganadería y transporte.
- Respecto a la informalidad, cabe destacar que por cada patrono debidamente inscrito en la CCSS, existen tres empresas que operan en condiciones de semiformalidad (tres patentes por cada patrono).
- Para el año 2014, el peso de las contribuciones de la seguridad social dentro de la carga impositiva era de 34%, mientras que el promedio para los países de la OCDE es de 26.2%, esto implica según el diagnóstico de la OCDE que “(...) La gran porción que deben pagar los empleadores impulsa los costos laborales no salariales de Costa Rica hacia el tope de las calificaciones de la OCDE (...)”²
- En el año 2017 se inscriben/reanudan 11.820 microempresas (1-5 empleados) pero se suspenden 9.000. El mayor porcentaje de inscripciones/reanudaciones y suspensiones se da en microempresas con un empleado y las menores en microempresas con hasta cinco empleados, según los datos emanados por el SICERE.

² OCDE: Estudios Económicos de la OCDE: Costa Rica 2018. Disponible en <http://www.oecd.org/eco/surveys/Costa-Rica-2018-Estudios-Economicos-de-la-OCDE.pdf>

IV. Reglamento para el aseguramiento de microempresas y emprendimientos en el Seguro de Salud

El reglamento contiene disposiciones generales que debe cumplir el microempresario para acceder a los beneficios que ofrece el esquema de aseguramiento propuesto en el reglamento, asimismo el conjunto de condiciones particulares para que los microempresarios accedan a la Base Ajustada al Salario (BAS), el esquema de financiamiento de esta modalidad de aseguramiento, las causales de suspensión temporal y definitiva, así como las sanciones.

Un elemento clave es que este reglamento regula el aseguramiento de las microempresas, es la definición, a saber:

Aquel patrono físico o jurídico que se inscriba o reanude ante la Caja Costarricense de Seguro Social a partir de la entrada en vigencia del presente reglamento y constituya una unidad productiva de carácter permanente con fines de lucro que disponga de los recursos humanos, los maneje y opere, bajo las figuras de persona física o persona jurídica, en actividades industriales, comerciales, de servicios o agropecuarias que reúna las siguientes características:

- a) Su planilla se encuentre compuesta de 1 hasta 5 empleados, al momento de la inscripción.
- b) Disponga de una cuenta bancaria, que pueda ser registrada con el propósito de que la CCSS realice el cobro de las cargas sociales de forma automática y segura

En el reglamento se propone crear una Base Ajustada al Salario que permite reducir el aporte patronal al Seguro de Salud, en forma progresiva en un periodo máximo de cuatro años, según la siguiente tabla³:

Porcentajes de cotización de la Base Ajustada al Salario (BAS) sobre el salario reportado al Seguro de Salud

Tipo de Empresa	Año 1	Año 2	Año 3	Año 4
Microempresas	4.25%	5.25 %	6.25 %	7.25 %

La base ajustada al salario se calculará a partir de la siguiente fórmula:

$$BAS=(Sr * PCri)/PCv$$

Donde;

Sr= Salario reportado por la microempresa de cada uno de sus trabajadores

³ En el artículo 62 del Reglamento del Seguro de Salud se estipula que el aporte patronal al Seguro de Salud es de 9.25% de los salarios de sus trabajadores.

PCr= Porcentaje de cotización patronal a ajustar y programado por año (i=1,2,3,4)

PCv= Porcentaje de cotización patronal normado en el Reglamento del Seguro de Salud

Es importante destacar que la microempresa podrá solicitar la aplicación de la base ajustada al salario, *únicamente en el momento de la inscripción patronal ante el Servicio de Inspección de la CCSS*. Para tal efecto deberá rendir una declaración jurada debidamente firmada, ya sea vía firma digital o físicamente, por parte del patrono físico o del representante legal para el caso de personas jurídicas, debidamente acreditado.

Asimismo, en el artículo 5 de la propuesta de reglamento se establece claramente que la base ajustada al salario se aplicará para las microempresas que cumplan con las siguientes condiciones:

1. No tener deudas pendientes con la CCSS, ni derivadas de la Ley de Protección al Trabajador y FODESAF en su condición de patrono, ni como trabajador independiente.
2. La Base Ajustada al Salario se aplicará hasta un máximo de 5 trabajadores. En caso de que la planilla tenga más de cinco trabajadores, la CCSS tomará los 5 trabajadores de mayor antigüedad consignados en la planilla para la aplicación de la Base Ajustada al Salario.
3. Domiciliar una cuenta bancaria registrada a su nombre, con el propósito de que la CCSS realice el cobro de las cargas sociales de forma automática y segura.
4. No registrar procesos de investigación por eventuales incumplimientos en materia de aseguramiento, por parte del servicio de Inspección.
5. Acreditar la condición de microempresa certificada por el MEIC o el MAG en los siguientes plazos posteriores a la inscripción patronal:
 - a. 6 meses
 - b. 12 meses
 - c. 24 meses
 - d. 36 meses
6. Cumplir con las disposiciones que emita la CCSS sobre la obligación de actualización de datos.

Además, el reglamento contiene cláusulas sobre la suspensión temporal. Además, el patrono que incurra en las siguientes conductas será excluido de forma definitiva de la aplicación de la base ajustada al salario:

- a) El patrono suspenda su planilla o la inactive, mediante el procedimiento institucional previamente establecido; dicha suspensión debe ser por una única vez y por un

periodo máximo de seis meses. La empresa que reanude sus actividades, se le considerara el periodo de inactividad dentro del plazo total objeto de este reglamento.

- b) Al no cumplir las disposiciones que emita la CCSS sobre la obligación de actualización de datos.
- c) Que la microempresa no se mantenga al día con sus obligaciones con la CCSS de conformidad con lo establecido en el artículo 5 de este reglamento

Asimismo, se introduce una clausula (artículo 10) en la cual se le solicita a la Dirección de Inspección y Cobros, con el apoyo de la Dirección Actuarial y Económica realizar seguimientos, controles y monitores permanentes con lo cual se logre evaluar el comportamiento de la aplicación de esta modalidad de aseguramiento, mismo que no redunde en un efecto adverso en los seguros que administra la Institución.

Finalmente, se introduce cláusulas que incorpora un artículo de multas. En este artículo se enfrentan los riesgos de que las microempresas tiendan a ejecutar prácticas tendientes a obtener en forma abusiva o ilegítima la aplicación de la base ajustada al salario, por ejemplo, patronos con más de 10 trabajadores que los reporten en distintas personas jurídicas para su beneficio, o patronos que actualmente están activos ante la CCSS se inactiven y registren una nueva inscripción con otra persona jurídica o física, con el fin de obtener el beneficio de la base ajustada al salario del Seguro de Salud. Así, entre otros elementos, este artículo propone:

(...) Cuando la exclusión ocurra por haber inducido a error o engaño a las autoridades públicas con el fin de obtener los beneficios contemplados en el presente reglamento; la microempresa cancelará la totalidad de la cuota patronal incluyendo intereses moratorios, que debería haber pagado a la CCSS por el tiempo por el cual disfrutó de su rebajo sin derecho a ello.

Lo anterior, sin perjuicio de la responsabilidad penal resultante. Constituyen actos realizados en fraude de ley, todas las prácticas dirigidas a dividir o fragmentar las planillas de un mismo patrono, mediante el uso de testaferros, la interposición de personas jurídicas o de cualquier otro mecanismo análogo. Estos actos serán absolutamente nulos, excluyen a la microempresa de los beneficios previstos en este reglamento y se aplicará la misma sanción prevista en el párrafo anterior. Para garantizar el cumplimiento de estas obligaciones, se podrá prescindir de las formas jurídicas adoptadas por los sujetos obligados que no correspondan a la realidad de los hechos y cuando el deudor sea parte de un grupo económico, la responsabilidad será solidaria entre ellos.

La microempresa excluida no podrá volver a solicitar los beneficios de este régimen. Asimismo, se autoriza a la Institución a aplicar una sanción monetaria de tres a cinco salarios bases al beneficiario que incurrió en dicha situación (...).

1) Criterios técnicos sobre la Propuesta de Reglamento

a. Criterio Oficial de Simplificación de Trámites y Mejora Regulatoria.

La Comisión de Mejora Regulatoria por medio de la nota CMRST-012-2018 del 24 de julio del 2018, mencionó en lo que interesa lo siguiente:

Criterio Técnico DSA-PSTMR-060-2018 de fecha 24 de julio de 2018 del Programa ST/MR, en lo que interesa indica:

“(...) una vez analizado el Reglamento supracitado, desde una perspectiva de la Ley 8220, sin considerar otra normativa relacionada para un mayor análisis, observamos que no contienen trámites o requisitos administrativos excesivos que afecten a la población usuaria; por lo anterior no se presentan roces de legalidad con la Ley N°8220 (...)”.

Asimismo, se revisaron los oficios DAE-0747-18, DJ-4022-2018 y DI-0674-2018 con los aportes técnicos correspondientes.

En virtud de lo anterior, sobre la propuesta de **“Reglamento para el aseguramiento de microempresas y emprendimientos en el Seguro de Salud”** esta Comisión **ACUERDA POR MAYORÍA** una vez analizado el criterio DSA-PSTMR-060-2018, y teniendo a la vista los oficios de la Dirección de Inspección, Dirección Jurídica, Dirección de Actuarial y Económica, así como revisada la propuesta de Reglamento, no existe afectación a trámites o requisitos administrativos que afecten a la población usuaria; por lo que no se presentan roces de legalidad con la Ley N° 8220. No obstante, se hace notar que la Dirección Jurídica no ha revisado aún la última versión del reglamento emitida el día de ayer

b. Criterio de la Dirección Jurídica

La Dirección Jurídica, mediante el oficio DJ-4022-2018 del 18 de julio del 2018, emite criterio jurídico respecto de la propuesta de Reglamento para el aseguramiento de microempresas y emprendimientos en el Seguro de Salud, según se transcribe a continuación:

1. En el documento “Diagnóstico y propuesta para la extensión de la Cobertura Contributiva de las Microempresas”, se indica que el objetivo fundamental de la misma es “... el aumento de la cobertura contributiva en el Seguro de Salud y en el de pensiones; asimismo, mejorar la fiscalización de la microempresa por parte de la Institución y finalmente, contribuir a la formalización de estas empresas con el propósito de tener empleos de calidad, medido según acceso a la cobertura efectiva del Seguro de Salud y del Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte (IVM)”.

En relación con lo anterior, no se observa que conste justificación desde el punto de vista de financiamiento a favor de la Caja en la regulación propuesta, por cuanto se observa que el beneficio que se estaría otorgando es una disminución en el aporte patronal, en forma progresiva en un período máximo de cuatro años, en relación con un máximo de cinco trabajadores; asimismo, tampoco se observa estudio actuarial que acredite

que dicha disminución no afecte la sostenibilidad financiera del Seguro de Salud.

2. Se indica que la propuesta tiene como objetivo el “Incrementar la cobertura de las microempresas y sus empleados, mediante el desarrollo de una base ajustada al salario correspondiente al Seguro de Salud”, sin embargo, se observa que el artículo 1⁴ de la propuesta no señala con claridad que los patronos beneficiarios deben ser microempresas, por lo que se recomienda se aclare dicha redacción.
3. Asimismo, en relación con dicha norma se indica que el patrono físico o jurídico beneficiario puede que se inscriba o reanude ante la Caja, en este último caso se recomienda aclarar que en caso de reanudación dicho patrono no puede tener deudas pendientes con la Institución para efectos de que pueda disfrutar de los beneficios del reglamento.
4. Se recomienda revisar lo dispuesto en el artículo 5 inciso 1⁵ respecto de lo regulado en el artículo 7 inciso b), por cuanto se establece que para obtener el beneficio se debe estar al día en la obligación, pero en el artículo 7 inciso b)⁶ se indica que la mora en el pago de las obligaciones lo que produce es la suspensión del beneficio.
5. En el artículo 6⁷ se recomienda agregar después de “establecidas” “en el presente reglamento para su otorgamiento”.
6. Por último se recomienda agregar una disposición que se refiere a las consecuencias por el uso del aseguramiento y beneficio establecido en el proyecto de reglamento objeto de consulta.

⁴ Artículo 1: Del campo de aplicación. El presente Reglamento, regula el beneficio de contribuir hasta por un período de cuatro años a partir de una base ajustada al salario en el Seguro de Salud para aquellos patronos, sean físicos o jurídicos, que se inscriben o reanuden ante la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) con un máximo de cinco trabajadores y tienen actividades económicas de carácter permanente, para lo cual deberán de cumplir con las condiciones indicadas en este reglamento.”

⁵ “**Artículo 5: Condiciones para la aplicación de la base ajustada al salario.** La base ajustada al salario se aplicará para las microempresas que cumplan con las siguientes condiciones: 1. No tener deudas pendientes con la CCSS, ni derivadas de la Ley de Protección al Trabajador y FODESAF en su condición de patrono, ni como trabajador independiente.”

⁶ “**Artículo 7: Suspensión temporal de la aplicación de la base ajustada al salario.** Se dará la suspensión temporal de la aplicación de la base ajustada al salario cuando: (...) a) En caso de mora en el pago de cualquier obligación que tenga con la CCSS, Ley de Protección al Trabajador y FODESAF y hasta tanto no se encuentre al día con sus obligaciones ante la CCSS.”

⁷ “**Artículo 6: Vigencia de la aplicación de la base ajustada al salario.** La base ajustada al salario tiene vigencia hasta por un periodo máximo de cuatro años contados a partir de la inscripción patronal, siempre que se cumplan con las condiciones establecidas en el presente reglamento y cesará a partir del quinto año o a partir del momento en que incumplan las condiciones establecidas.”

Finalmente, la Dirección Jurídica solicita “Asimismo, para su presentación ante Junta Directiva de la Caja deberá adjuntarse el respectivo expediente administrativo, en el que conste entre otros documentos, la justificación de la propuesta de reglamento, los criterios técnicos y actuariales respectivos que fundamenten su aprobación, lo anterior, por cuanto no se observa criterios técnico actuarial que acredite que dichas disminución no afecte la sostenibilidad financiera del Seguro de Salud, en relación con el otorgamiento del beneficio propuesto en el proyecto de Reglamento; así mismo debe constar el visto bueno del programa de Simplificación de Trámites y Mejora Regulatoria”.

Posteriormente en oficio DJ-4100-2018 del 24 de julio del 2018 la Dirección Jurídica señala:

Revisada la propuesta de reglamento, se reiteran las siguientes observaciones:

No se adjuntó justificación desde el punto de vista técnico actuarial en el sentido de que la aplicación de la base ajustada al salario no afecta la sostenibilidad financiera del Seguro de Salud, por cuanto se observa que el beneficio que se estaría otorgando es una disminución en el aporte patronal, en forma progresiva en un período máximo de cuatro años, en relación con un máximo de cinco trabajadores.

No se indicó en el artículo 1, de la propuesta de reglamento, que en caso de reanudación patronal, el patrono no puede tener deudas pendientes con la Institución para efectos de que pueda disfrutar de los beneficios del reglamento.

Respecto de la recomendación de agregar una disposición que se refiera a las consecuencias por el uso del aseguramiento y beneficio establecido en el proyecto de reglamento objeto de consulta, en la versión adjunta a la consulta se observa que se incluyó un nuevo artículo referido a las sanciones que señala:

“Habiéndose comprobado por parte de la CCSS que el patrono haya incurrido en las conductas contempladas en el artículo 8, incisos 3 y 4, además del pago de las deudas generadas ante la CCSS por el correcto aseguramiento de los trabajadores o por la aplicación de la responsabilidad solidaria, será responsable de pagar los intereses, recargos y otros extremos que de conformidad con la Ley Constitutiva de la CCSS y demás normativa dictada al efecto.

Asimismo, estando en firme la responsabilidad de un patrono al que se hubiere aplicado la base ajustada al salario, no solo perderá el derecho a seguir percibiéndola sin que se requiera procedimiento adicional para ello, sino que deberá cancelar a la CCSS las diferencias generadas por la implementación de la base ajustada al salario en el Seguro de Salud y sus intereses. Para ello la CCSS llevará a cabo las gestiones cobratorias pertinentes en tiempo y forma, a través de la Dirección de Cobros o las sucursales según corresponda.

Cuando la exclusión ocurra por haber inducido a error o engaño a las autoridades públicas con el fin de obtener los beneficios contemplados en el presente reglamento; la microempresa cancelará la totalidad de la cuota patronal incluyendo intereses moratorios, que debería haber pagado a la CCSS por el tiempo por el cual disfrutó de su rebajo sin derecho a ello.

Lo anterior, sin perjuicio de la responsabilidad penal resultante. Constituyen actos realizados en fraude de ley, todas las prácticas dirigidas a dividir o fragmentar las planillas de un mismo patrono, mediante el uso de testaferros, la interposición de personas jurídicas o de cualquier otro mecanismo análogo. Estos actos serán absolutamente nulos, excluyen a la microempresa de los beneficios previstos en esta ley y se aplicará la misma sanción prevista en el párrafo anterior. Para garantizar el cumplimiento de estas obligaciones, se podrá prescindir de las formas jurídicas adoptadas por los sujetos obligados que no correspondan a la realidad de los hechos y cuando el deudor sea parte de un grupo económico, la responsabilidad será solidaria entre ellos.

La microempresa excluida no podrá volver a solicitar los beneficios de este régimen. Asimismo, se autoriza a la Institución a aplicar una sanción monetaria de tres a cinco salarios bases al beneficiario que incurrió en dicha situación.

Dicha sanción debe de pagarse en un término máximo de 30 días a partir de su aplicación. Los recursos que se recauden por este rubro deberán destinarse a las labores de control y fiscalización para el cumplimiento efectivo del presente reglamento.”.

En relación con dicho artículo, procede señalar en primer término que en el párrafo sexto se señala que se impondrá una sanción monetaria de tres a cinco salarios bases al beneficiario que incurrió en dicha situación; en relación con lo anterior, se recomienda sustituir el término sanción por multa, por cuanto las sanciones solo se pueden establecer mediante Ley, asimismo se recomienda aclarar cuál sería la falta (s) que darían origen a la imposición de la multa, así como establecer los parámetros que permitirán establecer la diferencia entre una multa equivalente a tres salarios u otra equivalente a cinco salarios, así como establecer el procedimiento que seguirá la Institución para la imposición de la multa.

De igual manera, se observa que los tres primeros párrafos no se refieren a sanciones, sino a las consecuencia económicas o patrimoniales, sea el pago de intereses, recargos y otros extremos derivados de la subdeclaración de salarios o bien por la falta de un correcto aseguramiento de los trabajadores por parte de las microempresas beneficiarias, por lo que se recomienda su exclusión de dicho artículo, y establecer un nuevo artículo referido a dichas consecuencias.

Una vez subsanadas las observaciones realizadas, deberá de enviarse de nuevo a esta Dirección la versión final de la propuesta de reglamento junto con el expediente administrativo.

c. Criterio de la Dirección Actuarial y Económica

Mediante el oficio DAE-007472-2018 del 16 de julio del 2018, la Dirección Actuarial y Económica remite criterio técnico en respuesta al oficio GF-3020-2018, remitido por la Gerencia Financiera el 6 de julio del 2018, donde se solicitó criterio actuarial sobre el Reglamento la “Propuesta de Reglamento para el aseguramiento de microempresas y emprendimientos en el Seguro de Salud”:

“...En atención al oficio GF-3020-2018, del 06 de julio del 2018, en el cual se solicita a esta Dirección el criterio técnico respecto a la propuesta de reglamento para el aseguramiento de microempresas, me permito manifestar que los argumentos planteados en la exposición de motivos contenida en el oficio supra citado son bastante comprensibles y congruentes con los objetivos institucionales de propender hacia la universalización en la cobertura. Sin embargo, es necesario señalar que el tema de crear las condiciones para impulsar el tránsito de la informalidad a la formalidad es una responsabilidad y objetivo de país, en donde conjuntamente con la Caja Costarricense de Seguro Social, debe confluír el esfuerzo y participación de diferentes instituciones – **Ministerio de Economía, MIDEPLAN, Ministerio de Hacienda y otras** - aspecto que no se visualiza en la iniciativa de este proyecto.

En la propuesta de reglamento recibida, se estima conveniente hacer las siguientes observaciones de forma:

1. En el artículo 3, el cuadro con el ajuste en la cuota patronal tiende a confundir; es mejor referirse directamente a la propuesta de una base ajustada.
2. En el párrafo penúltimo del artículo 3, es conveniente replantear la redacción, indicando algo similar a: *“La prima contributiva del Seguro de Salud, en cuanto a patrono, trabajador y Estado se mantiene según lo dispuesto en su utilización de la Base Ajustada al Salario”*.
3. En el artículo 6 es un cuestión de ortografía *“cumpla en lugar de cumplan”*. Algo similar se da en el artículo 9, en donde es *“base ajustada al salario y no base ajustada el salario”*

Desde el punto de vista de esta Dirección, la propuesta es positiva en el tanto permita facilitar el tránsito de la informalidad a la formalidad a microempresas que en este momento no contribuyen a los seguros sociales, lo que a futuro redundaría en mayor cobertura contributiva. En esa tarea es importante la participación de las instituciones antes mencionadas, así como un monitoreo permanente que permita evaluar el comportamiento de la iniciativa, así como que no exista un efecto adverso en los ingresos de ambos seguros.

No obstante lo anterior, más allá de los aspectos de forma, y los objetivos establecidos con esta propuesta, es fundamental garantizar la consistencia y congruencia con el marco normativo que gobierna los seguros sociales, por lo que es necesario que se disponga del criterio de la Dirección Jurídica y de la Dirección de Inspección.

d. Criterio de la Dirección de Inspección

Mediante oficio DI-DI-0674-2018 del 16 de julio, la Dirección de Inspección remite criterio, en el cual señala:

- a) En los artículos 4, 5, 7 inciso a) y 8 se requiere establecer el trámite a seguir y la unidad que deberá resolver la solicitud de la microempresa para la aplicación de la base ajustada al salario, toda vez, que su procedencia corresponde a una valoración sobre extremos de facturación y calificación de la condición de microempresas, no propiamente de aseguramiento.
- b) Respecto del artículo 9, en el último párrafo se establece: *“Asimismo, estando en firme la responsabilidad de un patrono al que se hubiera aplicado la base ajustada al salario, no solo perderá el derecho a seguir percibiéndola sin que se requiera procedimiento adicional para ello, sino que deberá cancelar a la CCSS las diferencias generadas por la implementación de la base ajustada el salario en el Seguro de Salud y sus intereses, mediante la confección de planillas adicionales.”*. Las planillas adicionales corresponden al instrumento institucional utilizado para acreditar en los registros de la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), las cuotas dejadas de percibir por incumplimientos en el reporte de trabajadores por parte del patrono (omisiones o sub declaraciones), previo debido procedimiento administrativo; mientras que la recuperación de las diferencias generadas por la implementación de la base ajustada, según la propuesta consiste en una gestión cobratoria que no requiere un procedimiento adicional ni la confección de una planilla, más bien, se trata de la elaboración de una factura.
- c) Es esperable que patronos actualmente activos ante la CCSS, se inactiven y registren una nueva inscripción con otra persona jurídica o física, con el fin de obtener el beneficio de la base ajustada al salario del Seguro de Salud, generando una afectación económica en el fondo del Seguro de Salud. En este sentido, debe tomarse en cuenta, que, según datos de la Dirección Actuarial y Económica, con base en el Sistema de Estadística de Patronos, Trabajadores y Salarios, a junio de 2017, el 82% de patronos de la empresa privada inscritos en la institución, reportan menos de diez trabajadores (Cuadro-E-9A-2017, disponibles en http://www.ccss.sa.cr/est_epts).
- d) En virtud de los alcances del beneficio propuesto, es previsible que se generen prácticas tendientes a obtener de forma abusiva o ilegítima la aplicación de la base ajustada al salario, por ejemplo, patronos con más de 10 trabajadores que los reporten en distintas personas jurídicas para su beneficio. No obstante, la propuesta de reglamento no prevé ese tipo de conductas ni incluye sanciones o el procedimiento a seguir para corregir estas actuaciones y sus consecuencias.
- e) La propuesta no prevé un transitorio o plazo de vigencia posterior a la publicación del reglamento, el cual se considera necesario para gestionar la implementación de los nuevos trámites, la producción de las

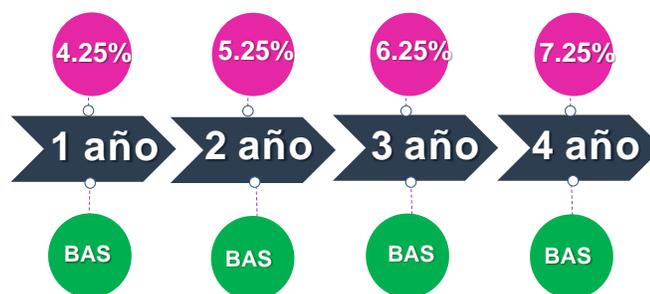
herramientas de información, capacitación de funcionarios, entre otros aspectos, que garanticen la adecuada aplicación de la nueva normativa, en aras del mejor servicio al usuario y la debida organización interna.

e. Criterio técnico financiero

La prima contributiva para el aseguramiento del Seguro de Salud será de 15%, sin embargo, presentará una reducción según lo que se observa en el siguiente gráfico.

Ilustración 1: Porcentaje de contribución de la microempresa y reducción programada por el período de cuatro años

15% de contribución y BAS diferenciadas por 4 años



El Seguro de Salud asume el costo de la diferencia entre el porcentaje de cotización definido en el Reglamento del Seguro de salud, es decir 9.25% y el porcentaje a utilizar en el caso de los microempresarios (año 1: 4.25%; año 2: 5.25%; año 3: 6.25% y año 4: 7.25%). Bajo esta premisa, a continuación se presentan las bases de cálculo de la contribución y el costo de aseguramiento para ambas instituciones.

d.1 Impacto de la propuesta en la contribución de los microempresarios

La fórmula de la Base Ajustada al Salario (BAS) es la siguiente:

$$BAS = (Sr * PCri) / PCv$$

Donde;

Sr= Salario reportado por la microempresa de cada uno de sus trabajadores

PCr= Porcentaje de cotización patronal a ajustar y programado por año (i=1,2,3,4)

PCv= Porcentaje de cotización patronal normado en el Reglamento del Seguro de Salud

Una microempresa con un trabajador que reporta un salario a la CCSS de ¢300.256 por mes, al aplicarle el porcentaje de cotización patronal vigente a saber de 9.25% el patrono tendría que

cancelar por ese trabajador la suma de ¢27.774 colones⁸. La propuesta es construir una BAS de la siguiente forma: $(\text{¢}300.256 * 4.25\%) / 9.25\%$ lo que se traduce en una BAS de ¢137.955 mensual.

Si esta microempresa, forma parte de esta propuesta de aseguramiento tendría que realizar la cotización patronal ahora sobre ¢137.955 lo que genera un aporte mensual de ¢12.761 que es resultado de aplicar el 9.25% sobre esta BAS. Esto implica un beneficio para el microempresario de ¢15.013 colones por mes por trabajador ($\text{¢}27.774 - \text{¢}12.761$), tal y como se observa en la siguiente tabla.

Ilustración 2: Caso hipotético. Microempresa con un 5% de disminución de la cuota patronal y estimación de la Base Ajustada al Salario y cotización mensual-en colones-

Salario pagados		300,256		
Contribución	Patrono	Costo Relativo patrono	Diferencias	
Actual SEM	27,774	9.25%		
Disminución de % de cotización	12,761	4.25%	5.0%	

BAS		137,955		
Contribución	Patrono	Costo Relativo patrono	Diferencias	
Disminución de % de cotización	12,761	4.25%	5.0%	

El beneficio para el microempresario aumenta conforme, sean mayores los salarios reportados a la CCSS; así como se observa en la siguiente ilustración, donde el beneficio para el microempresario asciende a ¢20.000 mensuales a partir de una Base Ajustada al Salario de ¢183.784 mensuales, construido a partir de un salario reportado en las planillas de ¢400.000 mensuales.

Ilustración 3: Caso hipotético. Microempresa con un 5% de disminución de la cuota patronal y estimación de la Base Ajustada al Salario y cotización mensual-en colones-

⁸ ¢300.256 corresponde al salario mínimo de un trabajador no calificado genérico para el I semestre del 2018 según el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social.

Salario:	400,000	
Contribución	Patrono	Costo Relativo patrono
Actual SEM, IVM y Otras Instituciones	37,000	9.25%
Disminución de % de cotización	17,000	4.25%
BMC S	183,784	
Contribución	Patrono	Costo Relativo patrono
Disminución de % de cotización	17,000	4.25%

Por último, es importante señalar, que la actual versión del reglamento y de la propuesta no contiene la observación contenida en el oficio DJ-4100-2018 del 24 de julio del 2018 indicada en páginas anteriores; sin embargo, en oficio GF-3344-2018 del 26 de julio del 2018 se le solicita a la Dirección Actuarial y Económica (...) *su cooperación para subsanar la observación realizada por la Dirección Jurídica (...)*.

Propuesta de Acuerdo de Junta Directiva

Con base en la presentación efectuada por el Lic. Ronald Lacayo Monge, Gerente Administrativo a cargo de la Gerencia Financiera, así como, los criterios emitidos en el CMRST-012-2018 del 24 de julio del 2018 Oficial de Simplificación de Trámites y Mejora Regulatoria, DAE-0747-18 del 16 de julio del 2018, suscrito por la Dirección Actuarial y Económica, y el oficio DJ-4022-2018 del 18 de julio del 2018 de la Dirección Jurídica y el oficio DI-0674-2018 del 16 de julio, de la Dirección de Inspección, la Junta Directiva –por mayoría- **ACUERDA:**

ACUERDO PRIMERO: Aprobar el “Reglamento para el aseguramiento de microempresas y emprendimientos en el Seguro de Salud” de acuerdo con el artículo 3°, Sesión N° 8940 –con las observaciones hechas- en la parte deliberativa.

Reglamento para el aseguramiento de microempresas y emprendimientos en el Seguro de Salud en el Seguro de Salud

Artículo 1: Del campo de aplicación.

El presente Reglamento, regula el beneficio de contribuir hasta por un periodo de cuatro años a partir de una base ajustada al salario en el Seguro de Salud para aquellas patronos microempresarios, sean físicos o jurídicos, que se inscriben o reanuden ante la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) con un máximo de hasta cinco trabajadores y tienen actividades económicas de carácter permanente, para lo cual deberán de cumplir con las condiciones indicadas en este reglamento.

Artículo 2: Definiciones.

Para los efectos del presente reglamento se entenderá:

Base ajustada al salario: Es aquel monto de contribución que se determina con el propósito de disminuir la cuota patronal en el Seguro de Salud en forma anual y progresiva por un período máximo de cuatro años.

Condición PYME: Condición emitida por el Ministerio de Economía, Industria y Comercio (MEIC) y el Ministerio de Agricultura y Ganadería (MAG) mediante la cual certifica que una persona física o jurídica es una micro, pequeña o mediana empresa (PYME) de los sectores industria, comercio, servicio y agricultura. Para los efectos de este reglamento serán sujetas del beneficio únicamente las microempresas.

Condición PYMPA: Condición emitida por el Ministerio Agricultura y Ganadería (MAG), mediante la cual acredita que una persona física o jurídica es un pequeño o mediano productor agropecuario (PYMPA).

Inscripción patronal: Acto de registrar ante la CCSS una persona física o jurídica que ostenta la condición de patrono según los mecanismos institucionales establecidos.

Microempresa: Aquel patrono físico o jurídico que se inscriba o reanude ante la Caja Costarricense de Seguro Social a partir de la entrada en vigencia del presente reglamento y constituya una unidad productiva de carácter permanente con fines de lucro que disponga de los recursos humanos, los maneje y opere, bajo las figuras de persona física o persona jurídica, en actividades industriales, tecnológica, comerciales, de servicios o agropecuarias que reúna las siguientes características:

- a. Su planilla se encuentre compuesta de 1 hasta 5 empleados, al momento de la inscripción.
- b. Disponga de una cuenta bancaria, que pueda ser registrada con el propósito de que la CCSS realice el cobro de las cargas sociales de forma automática y segura.
- c. En el caso de la microempresa que reanuda su actividad ante la Caja, dicho patrono no puede tener deudas pendientes con la Institución.

Reanudación patronal: De acuerdo con el Instructivo de Inspección es el acto administrativo mediante el cual se activa nuevamente ante la Caja, la actividad registrada a nombre de una persona física o jurídica que califique como patrono.

Artículo 3: Base ajustada al salario.

La base ajustada al salario permite reducir el aporte de la cotización patronal al Seguro de Salud, en forma progresiva en un periodo máximo de cuatro años, según la siguiente tabla:

Porcentajes de cotización de la Base Ajustada al Salario (BAS) sobre el salario reportado al Seguro de Salud

Tipo de Empresa	Año 1	Año 2	Año 3	Año 4
Microempresas	4.25%	5.25 %	6.25 %	7.25 %

La base ajustada al salario se calculará a partir de la siguiente fórmula:

$$BAS=(Sr * PCri)/PCv$$

Donde;

Sr= Salario reportado por la microempresa de cada uno de sus trabajadores

PCr= Porcentaje de cotización patronal a ajustar programado por año (i)

PCv= Porcentaje de cotización patronal normado en el Reglamento del Seguro de Salud

La prima contributiva del Seguro de Salud, en cuanto a patrono, trabajador y Estado se mantiene según lo dispuesto en su utilización de la Base Ajustada al Salario.

Asimismo, las cuotas al Seguro de Invalidez, Vejez y Muerte serán las establecidas en su Reglamento. Para estos patronos, la Institución igualmente recaudará las demás cargas, según lo dispuesto en la Ley Constitutiva de la Caja Costarricense de Seguro Social.

Artículo 4: Solicitud de incorporación al esquema de base ajustada al salario.

La microempresa podrá solicitar la aplicación de la base ajustada al salario, únicamente en el momento de la inscripción patronal ante el Servicio de Inspección de la CCSS o la sucursal respectiva. Para tal efecto deberá rendir una declaración jurada debidamente firmada, ya sea vía firma digital o físicamente, por parte del patrono físico o del representante legal para el caso de personas jurídicas, debidamente acreditado.

Artículo 5: Condiciones para la aplicación de la base ajustada al salario.

La base ajustada al salario se aplicará para las microempresas que cumplan con las siguientes condiciones, previa verificación del servicio de Inspección y Sistema de Recaudación Centralizado (SICERE):

- 1) Que su planilla, al momento de la inscripción este conformada de 1 hasta 5 empleados como máximo.
- 2) No tener deudas pendientes con la CCSS, ni derivadas de la Ley de Protección al Trabajador y FODESAF en su condición de patrono, ni como trabajador independiente.
- 3) La Base Ajustada al Salario se aplicará hasta un máximo de 5 trabajadores. En caso de que la planilla tenga más de cinco trabajadores, la CCSS tomará los 5 trabajadores de mayor antigüedad consignados en la planilla para la aplicación de la Base Ajustada al Salario.
- 4) Domiciliar una cuenta bancaria registrada a su nombre, con el propósito de que la CCSS realice el cobro de las cargas sociales de forma automática y segura.
- 5) No registrar procesos de investigación por eventuales incumplimientos en materia de aseguramiento, por parte del servicio de Inspección.
- 6) Acreditar la condición de microempresa certificada por el MEIC o el MAG en los siguientes plazos posteriores a la inscripción patronal:

- a. 6 meses
- b. 12 meses
- c. 24 meses
- d. 36 meses

7) Cumplir con las disposiciones que emita la CCSS sobre la obligación de actualización de datos.

Artículo 6: Vigencia de la aplicación de la base ajustada al salario.

La base ajustada al salario tiene vigencia hasta por un periodo máximo de cuatro años contados a partir de la inscripción patronal, siempre que se cumpla con las condiciones establecidas en el presente reglamento para su otorgamiento y cesará a partir del quinto año o a partir del momento en que incumplan las condiciones establecidas en el presente reglamento para su otorgamiento.

Artículo 7: Suspensión temporal de la aplicación de la base ajustada al salario.

Se dará la suspensión temporal de la aplicación de la base ajustada al salario cuando:

- d) El patrono suspenda su planilla o la inactive, mediante el procedimiento institucional previamente establecido; dicha suspensión debe ser por una única vez y por un periodo máximo de seis meses. La empresa que reanude sus actividades, se le considerara el periodo de inactividad dentro del plazo total objeto de este reglamento.
- e) Al no cumplir las disposiciones que emita la CCSS sobre la obligación de actualización de datos.
- f) Que la microempresa no se mantenga al día con sus obligaciones con la CCSS de conformidad con lo establecido en el artículo 5 de este reglamento.

Artículo 8: Exclusión definitiva de la base ajustada al salario.

El patrono que incurra en las siguientes conductas será excluido de forma definitiva de la aplicación de la base ajustada al salario:

1. No acreditar ante la CCSS su condición de microempresa (PYME o PYMPA) dentro del plazo que se encuentre regulado para tal efecto en el artículo 5 del presente reglamento.
2. Se declaren en quiebra o cualquier otro motivo de disolución de la sociedad, declaratoria de insolvencia o inhabilitación para el comercio de la persona física dueña de la microempresa.
3. Cuando el servicio de inspección registre procesos de investigación por eventuales incumplimientos en las obligaciones patronales o de trabajadores independientes, respecto del correcto aseguramiento y reporte a la CCSS de la totalidad de las remuneraciones o ingresos.

4. Cuando el servicio de inspección determine la existencia de una responsabilidad solidaria, de conformidad con los artículos 30 y 51 de la Ley Constitutiva de la Caja Costarricense de Seguro Social.

Artículo 9: Consecuencias económicas de las conductas que generan exclusión a la microempresa de la aplicación del presente reglamento

Habiéndose comprobado por parte de la CCSS que el patrono haya incurrido en las conductas contempladas en el artículo 8, incisos 3 y 4, además del pago de las deudas generadas ante la CCSS por el correcto aseguramiento de los trabajadores o por la aplicación de la responsabilidad solidaria, será responsable de pagar los intereses, recargos y otros extremos que de conformidad con la Ley Constitutiva de la CCSS y demás normativa dictada al efecto.

Asimismo, estando en firme la responsabilidad de un patrono al que se hubiera aplicado la base ajustada al salario, no solo perderá el derecho a seguir percibiéndola sin que se requiera procedimiento adicional para ello, sino que deberá cancelar a la CCSS las diferencias generadas por la implementación de la base ajustada al salario en el Seguro de Salud y sus intereses. Para ello la CCSS llevará a cabo las gestiones cobratorias pertinentes en tiempo y forma, por medio de la unidad técnica que tenga a carga la gestión de cobro a nivel institucional o las sucursales según corresponda.

Cuando la exclusión ocurra por haber inducido a error o engaño a las autoridades públicas con el fin de obtener los beneficios contemplados en el presente reglamento; la microempresa cancelará la totalidad de la cuota patronal incluyendo intereses moratorios, que debería haber pagado a la CCSS por el tiempo por el cual disfrutó de su rebajo sin derecho a ello. Lo anterior, sin perjuicio de la responsabilidad penal resultante

Artículo 10: Multas:

Todas las prácticas dirigidas a dividir o fragmentar las planillas de un patrono, mediante el uso de testaferros, la interposición de personas jurídicas o de cualquier otro mecanismo análogo, serán actos nulos, y tienen como consecuencia la exclusión de la microempresa de los beneficios previstos en este reglamento. Para garantizar el cumplimiento de estas obligaciones, se podrá prescindir de las formas jurídicas adoptadas por los sujetos obligados que no correspondan a la realidad de los hechos y cuando el deudor sea parte de un grupo económico, la responsabilidad será solidaria entre ellos.

La microempresa excluida no podrá volver a solicitar los beneficios de este régimen. Asimismo, se autoriza a la Institución a aplicar una multa monetaria de cinco salarios bases al beneficiario que incurrió en dicha situación. El salario base es el estipulado en la Ley N° 7337 denominada "Concepto Salario Base para Delitos Especiales del Código Penal". La ejecución de dicha multa, será un trámite a cargo de la unidad técnica responsable del proceso gestión de cobros a nivel institucional y las sucursales según corresponda.

Dicha multa debe de pagarse en un término máximo de 30 días calendario a partir de su aplicación. Los recursos que se recauden por este rubro deberán destinarse a las labores de control y fiscalización para el cumplimiento efectivo del presente reglamento.

Artículo 11: Control y seguimiento:

La CCSS a través de sus dependencias, sea Dirección de Inspección, Dirección de Cobros, ambas con el apoyo de la Dirección Actuarial y Económica, realizarán seguimientos, controles y monitores permanentes con lo cual se logre evaluar el comportamiento de la aplicación de esta modalidad de aseguramiento, mismo que no redunde en un efecto adverso en los seguros que administra la Institución.

Artículo 12: Normas supletorias.

Los aspectos no contemplados expresamente en el presente reglamento se regirán por lo dispuesto en la Ley Constitutiva de la Caja Costarricense de Seguro Social, el Reglamento de Seguro de Salud, el Reglamento para Verificar el Cumplimiento de las Obligaciones Patronales y de Trabajadores Independientes, sí como cualquier otra normativa institucional y Nacional aplicable.

ACUERDO SEGUNDO: Se instruye a la Gerencia Financiera, remitir a la brevedad posible, el “Reglamento para el aseguramiento de microempresas y emprendimientos en el Seguro de Salud”, donde se incorporen las observaciones y recomendaciones emitidas por la Dirección Jurídica y presente un estudio actuarial, con la Dirección de Actuarial.

ACUERDO TERCERO: Proceder a la publicación de la propuesta de “Reglamento para el aseguramiento de microempresas y emprendimientos en el Seguro de Salud”, de acuerdo con lo normado en el artículo 361 de la Ley General de Administración Pública. En caso de no recibirse observaciones respecto a la propuesta de reglamento en el plazo indicado, deberá entenderse que se encuentra formalmente aprobado.

ACUERDO CUARTO: Instruir a la Gerencia Financiera y la Dirección de Tecnología de Información y Comunicaciones, para que un plazo de 5 meses hayan concluido los ajustes al SICERE, y a la Dirección de Inspección para la implementación de los nuevos trámites, la producción de las herramientas de información y capacitación de funcionarios.

ACUERDO QUINTO: Con el propósito de llevar a cabo una campaña de divulgación del Reglamento para el aseguramiento de microempresas y emprendimientos en el Seguro de Salud se solicita a la Junta Directiva autorizar recursos presupuestarios adicionales para que la Dirección de Comunicación pueda llevar a cabo dicha campaña.

Se retiran del salón de sesiones los licenciados Ronald Lacayo Monge, Gerente Financiero a/c., y sus acompañantes.

ARTICULO 4°

En relación con las entrevistas a los elegibles para el cargo de Gerente Médico propuestos por la Presidencia Ejecutiva, aclara el Dr. Llorca Castro que se realizarán entrevistas a los elegibles para el cargo de Gerente Médico propuestos por la Presidencia Ejecutiva y a cada uno se les dará diez minutos y recuerda que es, conforme con el artículo 15 de la Ley Constitutiva de la Caja. La entrevista a los candidatos se realizará por orden alfabético para el cargo de Gerente Médico:

Dra. Lidieth Carballo Quesada
Dr. Roberto Cervantes Barrantes

Dra. Daisy Corrales Díaz
Dra. Sandra Montero Chavarría
Dr. Wilman Rojas Molina

La Directora López Núñez propone quince minutos.

El doctor Fernando Llorca Castro señala que si se le dan quince minutos a cada uno, se invirtirá un tiempo de una hora y doña Marielos Alfaro se tiene que retirar a la 1:30 p.m. Si están de acuerdo con 15 minutos, está bien pero recomienda diez.

Agrega la doctora López Núñez que se podría llegar hasta quince.

Ingresa al salón de sesiones la Dra. Carballo Quesada.

El señor Presidente Ejecutivo le indica a la Dra. Lidiette Carballo que lo ha instruido en esta Junta Directiva, para que recordarles las reglas de la entrevista que van a tener, pues es una entrevista muy abierta, con una sola pregunta y los candidatos van a contar con diez minutos para desarrollarla. A los diez minutos va a sonar la campana y es para que ya vaya terminando su intervención. La pregunta es: Señale tres grandes problemas que enfrenta la Gerencia Médica y como los resolvería. Le indica que tiene diez minutos a partir de este momento.

La doctora Carballo agradece la participación. Cree que es una oportunidad poder conversar en esta mañana. Con respecto de la pregunta que hace el doctor Llorca, básicamente, la Gerencia Médica tiene algunas acciones que se pueden incorporar, para mejorar en realidad lo que pasa dentro de la Gerencia Médica. Tiene ocho años de ser parte de esa Gerencia Médica, ingresó en el año 2010 con otra Gerente Médico, la Dra. Rosa Climent, han pasado por algunas otras situaciones. Después estuvo el Dr. Zeirith Rojas y, posteriormente, trabajó un tiempo con la doctora María Eugenia Villalta, un par de años ha estado con ella. Han tenido que asumir algunas cosas que le han encargado la misma Gerente Médica como por ejemplo, la transición que hubo que hacer en el Hospital de las Mujeres, cuando el doctor Ledezma se pensionó y no había una claridad en cómo nombrar un director que lo sustituyera. Entonces, estuvo en ese hospital un tiempo en esa transición apoyando los procesos de transición. Posteriormente, se le pidió por parte de la Presidenta Ejecutiva de ese entonces, la doctora Balmaceda asumir y estaba el doctor Salas en ese entonces, la intervención así denominada en la Gerencia Médica, el Centro Nacional de Citologías que tenía un problema muy serio, a partir de una cantidad inmensa de citologías pendientes en aquella época 200.000 citologías pendientes y se había hecho un proceso de intervención y, realmente, el proceso de intervención no había dejado un plan de gestión. Entonces, le pidieron que pudiera trabajar un plan de gestión para desarrollar la gestión de ese Centro, a partir de que se soluciona un problema, pero no se soluciona el fondo del problema que hay en el Centro Nacional de Citologías. Se hizo un plan de gestión, se mejoró toda la estructura del Centro, en cuanto el Sistema de Gestión que había. Se mejoró la posibilidad de que las pacientes, en las áreas de salud recibieran su citología en el menor tiempo posible, en ese entonces, lo dejan en tres días en promedio para recibir la citología en los centros. Cambiaron el Sistema de Información, o mejoran la propuesta de gestión que existía dentro de Centro, cuando entraban las citologías. Se mejoró el sistema de cómo se recibían las citologías, como salían y como se reportaban y se mejoró también el control de cómo la citologías, se reportaban diariamente y cómo debía por cada técnico reportarse, diariamente, con un sistema de

información y esto mejoró también intensamente, el poder conocer a quién se le autorizaba y a quién no se le autorizaba el tiempo extraordinario. Entonces, en caso de que fuera por tiempo extraordinario en esas fechas, porque con el plan de gestión que se implementó en las citologías estaban al día, permanentemente. Señala que contaba esto porque en realidad los últimos dos años de la doctora Villalta, ha estado en la Gerencia Médica propiamente dicha y donde asumió y por encargo de ella, una propuesta para desarrollar el estado de situación de las maternidades y esto, es una propuesta que se ha desarrollado en los últimos dos años y medio y se diagnosticó la situación de las maternidades y se procedió con algunas recomendaciones importantes que han desarrollado, como son el modelo de atención en maternidades, con pertenencia cultural que recientemente se oficializó y están en proceso de capacitación en todas las regiones. Por cierto mañana, tienen la capacitación para la Región Central Norte y por otro lado, se creó también en un prototipo para el diseño de maternidades. De alguna forma, para entrar en la pregunta directamente, algunas cosas en la Gerencia que se pueden mejorar, es la comunicación entre las Gerencias, la comunicación del Gerente Médico con las áreas de salud y su respectivo equipo que trabaja desde la estructura que tiene la Institución. Cree que la comunicación asertiva es uno de los temas que se tienen que mejorar intensamente dentro de la Gerencia. La organización al interior de la Gerencia también, porque hay que mejorar para poder hacer más fluido el trabajo que ahí se hace. El volumen de trabajo de la Gerencia Médica, es inmenso y la organización y coordinación de los procesos que se manejan dentro de la Gerencia, son fundamentales para poder mejorar el trabajo y mejorar los resultados que se esperan de la Gerencia, como un todo porque la Gerencia Médica tiene estructura de Gerencia hacia los servicios de salud. De alguna manera también, tiene que haber algunas propuestas innovadoras dentro de la Gerencia en cómo hacen las cosas. Algunas propuestas que tradicionalmente han venido teniendo algunos resultados hay que modernizarlas, hay que hacerles algunos ajustes y de alguna forma, importantemente dentro de la Gerencia, lo que hay que mejorar es la comunicación asertiva, repite. Aporta que en la mejora de esos procesos que se han dado la experiencia que han tenido con el trabajo que se está haciendo en las maternidades, es una experiencia muy positiva en torno a que los equipos de trabajo, los han liderado para trabajar a favor de mejorar lo que se está haciendo dentro de las maternidades. Casi todas las maternidades pueden apostar en este momento, que han implementado mejoras a partir de este trabajo que es de la Gerencia Médica y se ha desarrollado y ha mejorado muchísimo, esa imagen que había de la comunidad al respecto de lo que estaba pasando en algunas maternidades importantemente, por ejemplo, la Maternidad del Hospital Monseñor Sanabria, había tenido muchas dificultades y se lograron detectar en esa Maternidad, una intencionalidad muy positiva del equipo de trabajo que lo detectaron, en un tiempo muy temprano, pero que apoyaron el trabajo de la Gerencia Médica. Tanto es así que ese equipo de trabajo, ha crecido de la forma tal en este momento entran a esa maternidad. La disposición que tiene la gente para trabajar y les ha servido al resto de las maternidades, para tener ese punto de transformación de ir haciendo cambios. Por ejemplo, en el Hospital de San Vito que ha desarrollado todo un trabajo intenso, después de que ni siquiera se querían reunir entre ellos, en el Hospital y han logrado que ese equipo de trabajo del Hospital de San Vito, haga un equipo de trabajo y no un grupo de trabajo y han desarrollado la propuesta en San Vito, la tienen trabajando y para fin de año ya está, incluso, remodelada la Maternidad de San Vito. Además, con la posibilidad de que todo el equipo que se ha venido capacitando, también, con pertinencia cultural porque en San Vito, tiene una grandísima población indígena que tiene todo un proceso muy lindo de trabajo. En ese sentido, se le cambiaron incluso las batas de hospital, porque a las indígenas no les gusta que se les abran las batas al centro, entonces, les hicieron una batas especiales. La Nutricionista les cambio las comidas, la nutricionista le da unos caldos que no

tiene carne, porque ellas se quedaban sin comer dentro del hospital, porque los caldos tenían carne y para ellas es prohibido comer carne después de tener su bebé. Esas son costumbres a las que se les han ido haciendo adaptaciones y maravillosamente, se está trabajando en este momento, ese equipo de trabajo la consulta prenatal que ha mejorado muchísimo y, además, hay una intención muy linda del equipo de la casona que también trabaja en eso. En cuanto a la clasificación de las pacientes de alto y bajo riesgo, en la consulta prenatal que son las que llegan al Hospital. Se ha hecho un equipo de trabajo en San Vito y tiene que indicarlo, el equipo de San Vito no había podido trabajar así y hace año y medio, están trabajando de esa forma y están orgullosos como se han desarrollado y se han desempeñado esas personas en el Hospital de San Vito.

Señala el doctor Llorca Castro que le decía a la Dra. López que ese trabajo es importante que lo conozcan en detalle, el de las maternidades y a lo mejor, se presente ante esta Junta Directiva y el de la zona de San Vito, con la población indígena es importante también, porque ahí don Pablo Ortiz y los funcionarios de la zona han trabajado intensamente.

La Dra. Carballo Quesada se retira del salón de sesiones.

Ante un comentario del Director Loría Chaves, le indica el doctor Llorca que tiene razón, porque es una experiencia exitosa que se replicó pero que nace en Puntarenas, en un hospital rural.

La Directora Abarca Jiménez explica que tiene que ser una visión de la Gerencia Médica.

El doctor Llorca Castro aclara que esa pregunta fue acordada antes que se incorporara a la sesión.

Señala la Licda. Abarca Jiménez que la Dra. Carballo habló más de la experiencia de ella que de la visión que tendría como Gerente.

Le indica el doctor Fernando Llorca a doña Maritza que es una forma, es decir, solo hizo referencia de lo que ha hecho.

La doctora López Núñez señala que la persona puede indicar, por ejemplo, que no hay leche, pero porque es un problema que no haya leche y a quien afecta y ya después viene la pregunta, pero muy fácil es a veces, poner lo que es un efecto como un problema. Lo anterior, se relaciona con lo que está pensando el tipo, porque si indica que un efecto es un problema lo que va a poner de arreglo, no va a funcionar para eso. Ese aspecto para defender la propuesta de doña Fabiola.

Ingresa al salón de sesiones el Dr. Roberto Cervantes Barrantes.

El doctor Fernando Llorca le da la bienvenida al doctor Roberto Cervantes Barrantes. Le indica que están llamando por orden alfabético de apellido, se va a realizar una sola pregunta y van a tener diez minutos para hablar en general sobre la pregunta. Da lectura de la pregunta que es señale tres grandes problemas que enfrenta la Gerencia Médica y como los resolvería. A los diez minutos suena la campana para que concluya la idea que viene manejando en el momento, en que suene la campana para que no tenga que terminar abruptamente.

El doctor Cervantes Barrantes indica que va a irlo señalando uno por uno, pero no quiere decir que sea jerarquizado. Siempre ha señalado que uno de los serios problemas del Sistema de Salud y de la Gerencia Médica, que es la más grande es la Red de Servicios. Si la Red de Servicios no funciona bajo los parámetros establecidos, primero por niveles de complejidad. Segundo porque son Redes que no están fragmentadas y ese aspecto hace que la comunicación entre un nivel y otro sea, aunque no va a indicar deficiente porque cree que por las personas que están ahí, en cada uno de los lugares se logra cumplir los objetivos. Lo que quiere decir es que si se logra hacer las cosas, porque al final por mecanismos informales, por mecanismos distintos se logra que el paciente salga de su problema, pero diría que para él es un factor importante y como se puede enfrentar. Le parece que hay una propuesta muy interesante, la cual ha venido trabajando la Institución por medio del Programa de Fortalecimiento Institucional. Esa propuesta es bajo el Modelo de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), determinar la posibilidad de establecer las redes integradas, ha sido programa en algunos pocos países, pero cree que con las condiciones que tiene Costa Rica, es posible que se podría tener mucho éxito en este punto. Luego, mencionaría como un segundo problema el recurso humano. El recurso humano en estos momentos, le parece que la Gerencia Médica en este momento se tiene que abocar a afrontar lo que está sucediendo, en cada uno de los lugares porque no es tan fácil como indicar que el problema son solo listas de espera. La consecuencia es la lista de espera, pero se tiene que atacar el problema que se está generando. Lo indica porque por muchos años distintos compañeros y en el Hospital que dirige, han logrado tener éxito en el manejo de algunas de esas especialidades, pero ese éxito se da porque hay voluntad de los compañeros de hacerlo de distintas maneras. Sin embargo, hay que analizar cuánto se puede hacer y hay que ser honestos con la población. Diría que aquí se tiene hace muchos años con el doctor Marín, pues se implementó la Reforma del Sector Salud y fue muy claro, esta es la plantilla que se va a tener, esto es lo que van a ofrecer. Entonces, al país se dotaron los EBAIS, sin embargo, se quedaron cortos; entonces, cuando el sistema de salud se queda corto en su parte medular, más un aspecto como es la atención primaria del primer nivel, no puede esperar que el resto funcione bien porque, actualmente, lo que se tiene es eso. Se tienen servicios de emergencia llenos y todos dicen que van al EBAIS y no hay campo y en su hospital, están buscando maneras de atacar esa situación, en el sentido de que hay que darles una respuesta a las personas. No es posible, por ejemplo, la mamá llegue a la 7:00 p.m. de trabajar y encuentre su niño con temperatura y le digan que vaya al EBAIS al día siguiente a hacer cola cuando, pues cuando llega al Servicio de Emergencias, se le indica que no es una emergencia que es simplemente fiebre, pero la mamá conoce que no va a estar con el niño al día siguiente, porque tiene que trabajar. Lo que se hace es tratar de darle una respuesta a esos problemas, pero no es cada uno aislado, es el sistema como un todo al que se le tiene que darle la respuesta. Podría seguir enumerando problemas pero tocaría que tal vez no es el más importante, sino que es uno de los problemas y no conoce si va a tocar, pero para los que están en el área operativa, el Centro de Desarrollo Estratégico e Información en Salud y Seguridad Social (CENDEISS), es un problema porque no tiene especialistas, no tiene lo más básico, no tienen técnicos, el CENDEISS tenía que formar hace años técnicos de ortopedia y tiene dos plazas de ortopedia vacías desde que asumió la Dirección de Hospital de Heredia y no hay manera y se le indicó que a final de año, se pensiona otro técnico de ortopedia. Entonces, tiene que ubicar otro médico general que haga las funciones de un técnico de ortopedia y con los especialistas. Es claro que la necesidad es ya, pero la necesidad de formar un especialista en el extranjero, costaría quizá un monto similar a lo que les cuesta aquí, con una diferencia y tal vez está equivocado, pero lo ha discutido con otros compañeros, se negocia mal porque ahora el

residente de la Caja, son dos años lo que tiene que dar de contrato, pero si va al extranjero se ganan nueve años, pero es más sostenible enviarlos al extranjero. Además, se perdió aquella orientación que tenía cuando inició el CENDEISSS, pues era la capacitación de todos los funcionarios. Cuando observa las cartas a la columna y las personas indican que fueron mal atendidas por el despacho de la farmacia y se le pregunta a ese muchacho del despacho de la farmacia, el cual tiene quince años de laborar en la Caja, cuando recibió el último curso de Servicio al Cliente y la respuesta va a ser que nunca, se le dio un curso. Entonces, esas situaciones son importantes para la imagen institucional. No se puede pedir lo que no se le está dando a los funcionarios, sino se ha invertido en formarlos. Su experiencia formando personas en el Hospital de Heredia, ha sido maravillosa y casi no les ha costado, porque hicieron un convenio con el Instituto Nacional de Aprendizaje (INA), entonces, con el INA se han capacitado alrededor de 400 funcionarios y no cursos de un día, se está haciendo referencia de cursos de dos a tres meses y, repite, se han capacitado alrededor de 400 funcionarios y, además, como el Hospital de Heredia es un hospital nuevo y bonito, las universidades frecuentemente quieren ir a conocer el Hospital, a que les hagan una presentación para que les den una capacitación de un día para algunos funcionarios. Se pone a pensar que la Caja con los recursos que tiene y con un CENDEISSS que funcionara bien, sería la Institución más avanzada de América Latina. Se imagina los convenios que puede establecer el CENDEISSS con Universidades extranjeras. Se imagina pasantías de médicos que vengan de otros países. Se imagina cátedras aquí con otras universidades en donde no tengan que mandar al ortopedista a un curso de una semana, sino que se vengan los profesores y capaciten a los ortopedistas durante una semana intensiva o quince días. Sí cree que se puede hacer más o mucho más de lo que se está haciendo. Comenta también que una de uno de los problemas que más se ha trabajado son las listas de espera, porque las personas a veces piensan que la lista de espera, es “algo mágico” que se va a resolver de la noche a la mañana. La lista de espera las personas no la conceptualizan real y como es, incluso, la misma Sala Cuarta no la conceptualiza. Una lista de espera es cuando no fue atendida la persona oportunamente, pero sí tiene capacidad de hacer 100 cirugías por mes y le llegan 200, entonces, se tiene que quedar claro que cada mes, le van a ir quedando 100 cirugías pendientes y al final de año, se tienen 1.200 pacientes y si no se gestiona, al final del otro año se va a tener 2.400 cirugías en la cola, es la situación que ha sucedido. Entonces, el otro problema es la Unidad Técnica de Listas de Espera (UTLE) que se ha tenido. Si se logra encontrar la manera de atacar ese problema, porque una de las cosas que más le preocupa, es la lista de espera de procedimientos, pues la Prensa está muy cerca, porque ya llegó a la Clínica Solón Núñez y observó que una señora tiene un ultrasonido para el año 2024, pero cuando él llegó al Hospital de Heredia, se tienen algunos pacientes que estaban en ese momento, pues se tenían 35.000 ultrasonidos en la cola y, en este momento, se tienen 9.000 y son los que se realizan en un año. En ese sentido, ya las citas están a un año, pues sí hay alternativas, si hay cosas que se pueden hacer, pero se tiene que abordar la lista de espera completa, no solo la lista de espera quirúrgica, ni la Consulta Externa, sino procedimientos de la lista de espera que a futuro, se van a venir, como ilustración, como una bola porque si tiene una lista de espera de Tac a tres años, se tenga seguridad que si a los tres años era un tumor, a la persona se le hizo un daño, no solamente físico sino moral y esa persona lo va a reclamar y, probablemente, en este momento las personas están resolviendo, pero tienen la obligación de resolver eso y a él cuándo le preguntan y cuando estuvo en el Hospital de Heredia, le planteó a los cirujanos aquí tiene una oferta de la Gerencia y la posibilidad de esto y le dieron la posibilidad de que si queremos lo hacemos y si no lo van a comprar afuera, esa es la oferta y los compañeros se pusieron la “camiseta” y lo hicieron y de ahí salió la idea de que en el Hospital de Heredia, lo pueden hacer todo. En ese sentido, cada vez

que hay una situación se trata de resolver, pues lo pueden hacer y, entonces, con la lista de espera quirúrgica, pasan de tener una vesícula que está a tres años y en este momento, está a ocho meses, por lo que se puede lograr. Con lo cual se les demuestra a los señores Directores de la Junta Directiva que el costo iba a ser mucho más bajo. Si se logra indicarles a los empleados con indicadores mínimos de rendimiento de que tiene que hacer esto, sino hace esto entonces no puede participar de esto otro.

Se retira del salón de sesiones el Dr. Cervantes Barrantes.

Ingresa al salón de sesiones la Dra. Carrales Díaz.

El doctor Llorca Castro indica que sigue la doctora Daysi Corrales y le explica la dinámica a la doctora Corrales, en el sentido de que se están pasando a los compañeros y compañeras, por orden alfabético del apellido y va a hacer una sola pregunta. Tiene diez minutos para referirse a la pregunta. Va a sonar una campana cuando se cumplan diez minutos, pero no tiene que terminar abruptamente, puede terminar de desarrollar la idea, para que no se preocupe. La pregunta es: señale tres grandes problemas que enfrenta la Gerencia Médica y como los resolvería.

La doctora Daysi Corrales indica que como todos conocen, la Gerencia Médica es la Gerencia más grande de la Institución y la que tiene una gran responsabilidad. Uno de los mayores problemas, es la desarticulación que existe entre las funciones de la Gerencia Médica, porque eso no permite hacer una toma de decisiones ágiles. En este momento, no se ha entrado en algún proceso importante de todo lo que es agilización de trámites, por ejemplo, en lo que son los procesos regulares de la prestación de servicios. Uno de los problemas que todos conocen como resultado de la gestión de la Gerencia. Si bien se tiene un producto importante que es la producción de servicios de salud, se tiene por otro lado una salida que no ha sido bien interpretada y bien analizada, relacionado con el tema de las listas de espera que han trabajado como atención oportuna. Hay un reto muy importante frente a la comunidad sobre todo pero, también, con organismos internacionales para lo que es el manejo de esta temática, que los conduzca a profundizar en todo lo que es la gestión de los servicios de salud. En este momento, el tema de listas de espera se trabaja por proyectos, sin embargo, debe ser incorporado como uno de los temas de los planes presupuesto, para poder aumentar la capacidad instalada y de esa manera ir resolviendo. Hay una serie de situaciones en la Gerencia Médica que si bien no se podría señalar, exactamente, como un problema que emerge. Una de los temas que también está correlacionado es la formación de especialistas. Ese es un tema de país profundo donde no se tienen soluciones a la fecha, donde se observan que algunos caminos se cierran, como en el Colegio de Médicos, autorizaciones para diferentes formaciones e, inclusive, para ingresar situaciones de emergencias especialistas en las diferentes ramas. Por otro lado, se está con la parte decisoria, si se abre a las universidades privadas o no a la formación. Por otro lado, se tiene el CENDEISSS donde, posiblemente, se tiene un potencial que no han explotado correctamente. Piensa que ya la Institución con el desarrollo que se tiene y con la posesión de los campos clínicos, tienen que tomar una posición diferente durante muchos años, se ha mantenido un monopolio, en lo que es la formación pero por otro lado, también, existen una serie de propuestas en el nivel internacional, donde los modelos de prestación permiten potenciar las actividades de las personas que ya está ahí. Entonces, hay que tratar de equilibrar bien lo que es la nueva formación, si reclaman más especialistas o si será que los especialistas que se tiene, no están

distribuidos en el modelo, correctamente, o si se tiene que hacer un soporte mayor, en atención primaria, un soporte mayor en Medicina Familiar y observar cómo se puede equilibrar el Sistema. La Gerencia Médica es un crisol, o sea, que tiene muchos aspectos pendientes de resolver, pero hay que entrar en un ordenamiento y mucho del ordenamiento viene dado por los nuevos procesos que se están llevando a cabo entonces la reestructuración institucional le parece que es una emergencia y dentro de eso el poder acoplar en la Gerencia Médica lo que es la prestación de servicios en la Red de Servicios de Salud, fortalecer el Primer Nivel hasta donde puedan para equilibrar la oferta y la demanda de servicios y de esta manera poder ir saliendo mejor frente a las situaciones que presenta la población. Hay retos en este momento y por ejemplo es muy importante el poder articular lo que son los funcionarios de salud con lo que son las capacidades institucionales. La Rectoría del Ministerio de Salud tiene un rol importante en lo que es la prestación. El poder dimensionar lo que es la oferta de servicios no solo de la Caja sino del país como tal para poder atender las necesidades, pero sobre todo es importante destacar lo que es el papel que tiene que tener el usuario en la prestación de servicios. En este momento trabajan con las Juntas de Salud pero no tienen redes que ayuden a solucionar problemáticas con un conocimiento intenso de lo que son los derechos y deberes de los usuarios. Piensa que en una línea de transparencia tienen que trabajar ese tema de derechos y deberes tanto de los funcionarios como de la gente de la comunidad y poder hacer un aprendizaje diferente y una participación ciudadana de frente a las necesidades de la Institución. Han asumido como Institución la gran responsabilidad de la prestación de servicios de salud; sin embargo si observan el usuario es un poco pasivo, con respecto a lo que es su condición de salud, su responsabilidad de autocuidado y ese aspecto, hay que fomentarlo y según la experiencia internacional, todas las campañas educativas y todo esto, no han sido muy efectivas pero en Nueva Zelanda se hizo un proceso relacionado con la situación del país, por ejemplo, con lo que está en Costa Rica, con el plan fiscal. Entonces, en ese país, lo que se hizo fue concientizar a las personas de las necesidades del país y conocen todas las debilidades del sistema, pues es una transparencia total, la comunidad se involucró con esas debilidades de las instituciones de salud y empezó a entender cómo usar los servicios. Esa parte es una deuda que se tiene como Institución del involucramiento de la comunidad, como parte de lo que es la gestión de los servicios, pero para ese aspecto, la ruta es, posiblemente, esa comunicación muy cercana y está muy ligada con la parte de transparencia. No se puede pretender que la comunidad, se convierta en un funcionario de salud, pero se tiene un acervo importante en el Hospital sin Paredes que dio el ejemplo de cómo una comunidad, podía participar activamente en lo que es la producción de la salud y fueron los pioneros, a nivel internacional de lo que es la atención primaria y de la participación comunitaria y el tema se quedó diluido y, después, se fue pasando de modelo hasta llegar a un modelo de Juntas de Salud, las cuales tienen una gran importancia, porque piensa que las juntas de salud, cumplen un papel en todo lo que es la parte de ayuda de vigilar, por ejemplo, el presupuesto y todas las actividades que hace la Junta Directiva. Sin embargo, el “corazón” de la comunidad, la esencia de los usuarios no está en el Sistema y es un aspecto que hay que incorporarlo. Entonces, esa es una de las metas, de los retos, de las luchas que piensa que hay que dar, de manera que la Institución asuma una responsabilidad, una guía sobre lo que es la salud de las personas, pero a su vez se pueda reconocer todas las fortalezas que tiene el país y el estado costarricense las tiene, las cuales han sido reconocidas por los organismos internacionales. Sin embargo, la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), se indica que son muy caros y lentos. Entonces, hay que determinar cómo se aprovechan esos potenciales y los ponen a trabajar en beneficio de los servicios. En el asunto de lo que vienen a retos a futuro, se tiene una serie de situaciones, en las que se tiene que mejorar y

piensa que la Junta Directiva sobre todo, en los últimos dos años, ha avanzado muy importante, están con el potencial de todo, lo que es el Proyecto de Reestructuración y el Proyecto de Fortalecimiento de Servicios, los cuales pueden ir alimentando, lo que es el mejoramiento continuo. Hay una propuesta también que se ha determinado en las recomendaciones que les hacen de que se tiene que mejorar la calidad. En ese sentido, hay que tratar de tomar las rutas de lo que es recuperar la acreditación de hospitales y de establecimientos de salud en general, que se inició en una época pero una de los aspectos que se reclaman también, internacionalmente, es que empiezan los procesos y se devuelven. Entonces, hay muchos procesos, por ejemplo, la reestructuración, todo lo que hicieron, en separar compras y provisión de servicios y muchos de los pasos importantes que se venían dando, como recomendaciones de sistemas más avanzados, empezaron y se devolvieron, pero ahí está las partes. Piensa que la Gerencia Médica es, por ejemplo, un gran rompecabezas que entre todos los pueden armar, pues existen las voluntades que como lo indicó, hay una fortaleza en las decisiones que ha venido tomando la Junta Directiva. Hay una fortaleza en que Costa Rica y tiene que responder ante retos internacionales, pero sobre todo hay un compromiso con la población que piensa que se puede cumplir de muy buena manera.

Se retira del salón de sesiones la Dra. Corrales Díaz.

Ingresa al salón de sesiones la Dra. Montero Chavarría.

El doctor Fernando Llorca indica que continúa la doctora Sandra Montero del Hospital Calderón Guardia. Le da la bienvenida a esta entrevista. Le explica la dinámica, en términos de que se ha estado pasando a los candidatos en orden alfabético por apellido y le hacen una única pregunta. Se puede referir al tema durante diez minutos, luego, va a sonar la campana pero no tiene que terminar abruptamente, pues puede terminar de desarrollar la idea que venía tratando. Así que la pregunta es señale tres grandes problemas que enfrenta la Gerencia Médica y como los resolvería.

La Dra. Sandra Montero señala que en este momento que se está en una etapa de transición, en cuanto que ha habido cambios a nivel de planes de salud pública en Costa Rica, tal vez uno de los mayores problemas que se han tenido. Por ejemplo, a nivel nacional es el de las listas de espera que se ha enfrentado priorizando, haciendo jornadas de producción, haciendo jornadas vespertinas, han coordinado en redes con diferentes niveles, se han contratado especialistas, inclusive de otros lugares, por ejemplo, el Hospital Calderón Guardia, ha trasladado especialistas a otros lugares a operar. No obstante, piensa que el problema básico de las listas es que mucha de la complejidad, está concentrada en hospitales nacionales y han dejado un poco de lado el dar recursos a un Primer y Segundo Nivel de Atención, porque es lo que considera que es uno de los problemas más serios y hay que atacar ese problema, si fuera el caso. Entonces, los recursos y los especialistas, se han quedado básicamente en un Tercer Nivel de Atención y muchas veces, no se ha reforzado el Segundo Nivel de Atención que son los hospitales regionales que pudieran resolver y no saturar así el Tercer Nivel de Atención. Entonces, de alguna manera, es un problema que incide en la lista de espera, porque es un problema que viene desde un Primer y Segundo Nivel de Atención. Otro asunto que incide mucho es el hecho del problema de los especialistas que se quedan y el que por muchos años, se ha limitado la formación de especialistas en el mismo CENDEISS, inclusive, y ese aspecto los limita preparar funcionarios que la Caja necesita y puedan enviar a otros niveles. Piensa que debería enfatizar,

por ejemplo, en la formación de médicos especialistas en familia, porque podrían resolver un montón de problemas, en un Primer y Segundo Nivel de Atención, que de otra manera llegan a tener los médicos generales que, por ejemplo, tienen quince minutos para atender el paciente y no tienen conocimiento ni “expertice”, para tomar decisiones, ni los recursos aunque hagan el diagnóstico para poder resolverlos. Para ella esos son de los mayores problemas que se están teniendo. Piensa también como Subdirectora del Hospital Calderón Guardia ya de trece años de experiencia, que tal vez habiendo estado en Suecia y observando otros hospitales que la Caja, debería abrirse a otros programas mixtos, eventualmente, de que no sea solamente el paciente asegurado sino que, inclusive, por ejemplo, cómo se hace en las aerolíneas que tienen primera y segunda clase, el servicio básico es el mismo pero está todo lo demás. Comenta que cuando era médico en los primeros años, existía en el Hospital San Juan de Dios una pensión, eso de alguna manera eliminaba, eventualmente, los “biombos” y tanto problema que hay, por ejemplo, muchos médicos ingresan sus pacientes privados al hospital, porque es el mejor lugar realmente donde las personas pueden ingresar. Entonces, por qué esa estadía del paciente, no se lo gana la Caja más bien y se atienden los pacientes. Entonces, se tendría el mismo servicio básico, nada más que alguna diferencia de “hotelería”, por qué no se abre la Caja a otros sistemas mixtos, o aun con otras empresas a tercerización de servicios y a otras cosas. Cree que se tienen que ampliar diferentes coberturas, lo que ayudaría mucho a la Gerencia Médica. Considera que si bien es cierto que por años, se ha tenido el monopolio de especialistas, por qué no se gestionan programas con otras instituciones y se preparan a todos los especialistas de todo el país y de otras universidades. No es necesidad de sacarlos, porque tienen suficientes especialistas en este momento, para formar y otro aspecto que se pudiera hacer, eventualmente, también por qué no cambiar los sistemas de tiempo extraordinario y guardias y se habilitan turnos, para que los especialistas pueden trabajar en los tres turnos. Todos esos aspectos, vienen a ayudar en la parte de presupuesto en una forma indirecta. Son las grandes ideas que piensa que sería interesante de analizar, tomar en cuenta y hacer estudios. Antes de entrar a este salón de la Junta Directiva, se preguntaba por qué había concursado y es sincera, porque su papá fue uno de los jefes de la Farmacia del Seguro, de los pioneros, cuando hacían las medicinas en esa época y, posiblemente, determina el Seguro con mucho “amor”, pero hay mucha cosa que no entiende, siempre ha sabido que tener un puesto de estos es más bien complicarse la vida, lo pensó inclusive; no es tan simple pero piensa que la Caja es la Institución emblemática de Costa Rica y, personalmente, piensa que la paz social y la seguridad de todos está en la Caja, no hay ninguna otra Institución que brinde lo que la Caja brinda a la población y tal vez, las personas no la han valorado. Mientras la Caja exista y los enfermos puedan venir a un Sistema de Salud, no se van a tener grandes violencias, ni grandes problemas. En el momento en que se modifique, piensa que se podrían tener problemas que nunca Costa Rica ha tenido, por ese aspecto indicó que si en algo podría poner un “grano de arena”, ya empezó con la Caja en los EBAIS, en una Unidad en Acosta hace muchos años, ha tenido toda una trayectoria, después fue ascendiendo como Jefe de Clínica, Jefe de Servicio de Psiquiatría, hizo un Posgrado en Suecia en Alcohol y Drogas. Cuando hizo un Posgrado en Karolinska, regresó al país y logró tener conexiones en ese momento, con Suecia y con la Organización Panamericana de la Salud (OPS). Trabajó como interconsultora internacional varios años, ni existía el Instituto de Alcoholismo y Farmacodependencia (IAFA), en ese momento era diferente al que hay ahora y se logró, en ese momento, inclusive, que Costa Rica fuera Centro colaborador de la OPS. Luego, tuvo que renunciar al Centro Colaborador porque poco después “se divorció como cosas de la vida” y, entonces, no podía dejar sus hijos solos y pasaron los años y siguió con la Caja, fue ascendida a Jefe de Servicio y, después, pasó a la Subdirección y a los tres meses de ser nombrada en la

Subdirección, se quemó parte del Hospital Calderón Guardia, entonces, habiendo sido nombrada en ese momento, intervino el Hospital un equipo de cinco personas, ese fue un trabajo arduo y en este momento, el Hospital Calderón Guardia, “no es por hablar pero es cierto”, tiene los mejores indicadores que ha habido de los tres hospitales. A pesar de que se sigue en el asimiento, sin que se hayan construido las partes que se van a construir, no se han observado y hace trece años, están esperando la Torre Este y se espera que en otros años se tenga. Cuando se ha trabajado con tesón y con “amor las cosas salen”, ella es de retos, hay algo en ella de luchar y lograr cosas. Indica si hay alguna pregunta.

Se retira del salón de sesiones la Dra. Montero Chavarría.

Ingresa al salón de sesiones el Dr. Rojas Molina.

Don Fernando menciona que continúa el doctor Wilman Rojas Molina. Le explica la dinámica de que están pasando a los colegas por orden alfabético y a todos se les hace la misma pregunta. Tienen diez minutos para contestarla, y luego a los diez minutos sonará la campana pero no tiene que terminar abruptamente, puede terminar de desarrollar la idea con calma. La pregunta es: señale tres grandes problemas que enfrenta la Gerencia Médica y como los resolvería.

El doctor Rojas Molina agradece la oportunidad de poder compartir. La Gerencia Médica es la columna vertebral, es la imagen de la Institución, lo que hacen en la prestación de servicios es el reflejo institucional hacia el usuario, es donde se tiene que mejorar la capacidad de actuar. Le parece que la organización de la Gerencia Médica es muy compleja, tiene muchas decisiones que están desarticuladas y ha costado que haya una orientación, aparte de las decisiones pertinentes y hay una subdivisión a nivel de la parte de las lecciones pertinentes, hay una subdivisión a nivel de Gerencia de lo que son las disciplinas que es muy complejo y se refleja en la parte operativa. Se tienen muchas directrices de muchas personas que a veces, son contradictorias porque no hay esa armonía del programa con el subprograma y no están articuladas. La gobernanza de la Gerencia Médica, es el tema que se debe de articular, principalmente. Ha tenido la oportunidad de apoyar la Gerencia Médica, en diferentes ámbitos desde hace seis ámbitos, está apoyando en diferentes subprogramas como es la implementación del EDUS, en el Sistema Financiero, Administrativo y Logístico (ERP), porque es el representante de la Gerencia Médica. Entonces, ha tenido la oportunidad de estar cerca de todo el país y esa desarticulación que hay con las diferentes disciplinas o grupos, se refleja en la parte laboral a nivel operativo. En ese sentido, la Supervisión Nacional de Enfermería con todos sus programas, el de Niño y la Niña y todas las personas, por ejemplo, jalando por todo lado y a lo último, saturan los niveles locales, tanto que los subprogramas no logran gestionar bien. Le parece que lo primero que se debe hacer en la Gerencia Médica, es que se ordene y no esté desagregada por disciplinas sino por un proceso de salud, ordenarse como Gerencia, tener un proceso definido y tratar de articularse en ese proceso, para que se refleje el proceso a nivel operativo y no que la Caja dividida por disciplinas, pues es uno de los aspectos que está afectando el nivel operativo. Considera que ese aspecto impide que el nivel operativo pueda actuar eficientemente. Por otra parte, se tienen muchas reuniones multiplicadas, cada disciplina trata de hacer reuniones y Comisiones y, realmente, desarticula el trabajo a nivel gerencial. La otra situación es que están ante las “puertas” de un cambio de tecnologías, están entrando a la era digital, la Caja apostó por el Expediente Digital Único en Salud y han corrido por la implementación. El colaboró con la implementación del Primer Nivel de Atención, pero ese expediente, desgraciadamente, es para uso de la Gerencia y ha sido un

poco difícil que sea, la Gerencia la que maneje la perspectiva de qué es lo que se quiere, qué es lo que necesita y lo que el usuario ocupa. Entonces, ocupan que el Expediente Digital, realmente, venga a ser un apoyo real y un impacto al usuario y que el usuario interno y externo, determinen al EDUS esa herramienta que esté facilitando y esa situación, se da porque no hay una articulación tal vez, porque se está corriendo poco con la implementación, no hay una articulación en lo que es ya la integración de la información del EDUS, la utilidad del EDUS y cómo mejorar el Expediente en la parte operativa. El otro punto que se relaciona con la prestación de servicios de salud, no es un problema de la Gerencia Médica, es un problema de la Institución porque a pesar de que la Gerencia Médica, es la prestadora tiene que ver con la oferta de servicios y ese aspecto, se refleja en las listas de espera, en la capacidad de las consultas y la falta de la oferta que se tiene en los EBAIS y los hospitales. Se ha confundido mucho lo que es el área administrativa, con el área de gestión médica. A veces hay procesos que son un poco más administrativos y otros procesos meramente clínicos, entonces, a veces se observa la lista de espera como un problema de los médicos y la técnica del médico es correcta, los procesos son correctos y lo que hay es una mala organización del proceso. Igual pasa con los EBAIS pues se tiene que definir mejor el proceso. En ese sentido, qué es el proceso, lo que se tiene que definir en la prestación con respecto de la capacidad que se tiene. La lista de espera que todos los días los mantiene ocupados y la Prensa y demás, refleja una situación que vive el país, pero es un problema que se tiene que articular. La Gerencia Médica tiene que buscar cómo articular y ser el enlace con las demás Gerencias y con otras instituciones, porque es un problema que no solamente atañe a la Gerencia. Por lo que él abogaría una Gerencia más involucrada, con los procesos con el INS, una Gerencia más involucrada en el cambio de Reglamentos y Normas, Reglamento de Especialidad de Disponibilidad y Guardias, en cómo buscar articular más los recursos para que se puedan dar e incentivar otras formas de prestación de servicios, ya que muchas de las situaciones de la lista de espera, giran por los colapsos que hay con las cámaras. En esos términos, le parece que hay que buscar otras formas de cómo resolver, sin tener que ampliar los servicios, con lo que se tiene de una forma más eficiente y de una forma más idónea a la capacidad que se tienen. Entonces, la Gerencia Médica como prestadora de servicios, como la columna que tiene la Institución, es el que refleja toda la estructura institucional y se tiene que mejorar esa articulación, así como la capacidad de los recursos y buscar otras formas que hayan sido exitosas en el país y muchas personas que están gestionando muy bien, pero se tienen que buscar mecanismos para hacerlo, e incentivarlas pero con un liderazgo y articulación mejor y con un liderazgo de la Gerencia Médica hacia el resto del país, reforzando un poco. Comenta que cuando se planteó la reestructuración, le parece que ellos como operativos, es muy complejo en la parte operativa, el poder lidiar con tantas Gerencias influyendo en el Nivel Operativo de la Gerencia Médica. Entonces, se tienen lineamientos de las Gerencias Administrativa, Financiera, de la Dirección de Gestión y Administración de Persona y, repite, todas las Gerencias les da lineamientos y les recargan las funciones y le ha ido recargando, toda el área administrativa al área técnica y clínica. En esos términos, es donde se necesita que una Gerencia Médica tenga más claro cuál es el objetivo del área operativa, del área técnica y clínica y tener el personal más dedicado, a la parte de la atención y la calidad de la atención y de los servicios, más que en los recargos administrativos. La Gerencia se ha ido colapsando de procesos y cada vez inventan muchas cosas otras Gerencias que ha ido recargando y quitando ese espacio de atención, hacia el espacio administrativo clínico, entonces, cree que es un punto que hay que trabajarlo muy fuerte. Por lo que se ocupa una Gerencia que refleje ese liderazgo que debe de tener una Gerencia Médica, porque es uno de los procesos fundamentales que tiene la Institución y es el que refleja al fin y al cabo, todo el esfuerzo que hacen los administrativos y la Junta Directiva, así como la

Institución se refleja en el acto médico, en el acto de atención y es ahí donde tienen que trabajar más fuerte. Esta Junta Directiva igual que los funcionarios que están en el área operativa, está preocupados por una buena atención y es ahí donde se tiene que trabajar fuertemente con los programas, con las atenciones y tener personal dedicado a lo que se tiene que hacer de una forma eficiente.

El Dr. Rojas Molina se retira del salón de sesiones.

Anota el señor Presidente Ejecutivo que se han terminado con las entrevistas, pregunta si los señores Directores tienen algún comentario.

El Director Devandas Brenes indica que se siente satisfecho, le parece que se tienen muchos recursos en la Institución y tal vez, los problemas son de tal dimensión que no es fácil resolverlos. No obstante, estima que fueron cinco entrevistas muy buenas y la escogencia que se haga de cualquiera de esas cinco personas, va a ser de beneficio para la Institución.

La Directora Jiménez Aguilar comenta que hay dos candidatos que hablaron de forma más ejecutiva que los otros. Hizo anotaciones de las respuestas y del enfoque que le dieron a cada tema.

El doctor Llorca Castro le pregunta la Licda. Jiménez Aguilar cuáles son los candidatos.

La Licda. Jiménez Aguilar indica que don Roberto Cervantes y la Dra. Daysi Corrales. Le parece que tienen una visión más integral de los problemas y una forma de referirse a ellos un poco mejor que las otras dos, además, hizo mención de proyectos. El que tiene una visión más ejecutiva es el Dr. Roberto Cervantes y la forma en que respondió la pregunta.

Don Fernando Llorca le indica a doña Maritza Jiménez que su opinión es muy importante, porque es experta en el tema.

La Directora Jiménez Aguilar indica que trabajó en ese asunto por muchos años.

A la Directora López Núñez le parece que fue interesante, determinar las diferentes respuestas y concuerda con doña Maritza, en que don Roberto tiene una visión, porque hay muchos que mencionaron los mismos temas, pero las determinan como desarticuladas todavía. Don Roberto en lo razonable, hizo un abordaje de los problemas absoluta y ordenadamente y ese aspecto le pareció de notarse, porque él fue engarzando uno a uno las situaciones problemáticas, para dar una visión integrada en sus causas y en sus abordajes.

El Director Salas Chaves, igualmente, piensa que el doctor Cervantes hizo una presentación perfectamente organizada, estructurada, con la claridad y es lo que se esperaba de una persona que va a estar en la Gerencia Médica y sino conoce lo que quiere se lo “lleva el viento”, en la gestión de esa Gerencia. Por otra parte, lo que indicó el doctor Rojas es absolutamente cierto, todas la Gerencias “inventan” y terminan afectando la Gerencia Médica. Don Roberto y la doctora Corrales fueron los que hicieron las mejores entrevistas, porque a doña Daysi le da un poco el nivel de quien ha estado en un Ministerio, con una mirada mucho más amplia sin duda alguna, pero la ejecutividad y la visión más directa fue de don Roberto.

La Directora Alfaro Murillo indica que se tienen diferentes niveles en los cinco candidatos, pues se tienen personas que han estado más en la parte administrativa de la Institución y su visión es claramente administrativa y el abordaje de los problemas fue poco pragmático. Por otro lado, se tienen las personas que están en el “campo de batalla” y, entonces, enfoca el análisis desde la perspectiva de su día a día, pero coincide con los señores Directores en que el doctor Cervantes es el único que articula el conocimiento operativo que tiene y que maneja impresionante, porque dejó claro con los ejemplos que dio sobre Heredia. Además, se podría hacer referencia del Hospital de Grecia y sobre otros, donde ese conocimiento operativo y además, el “expertice” de gestionar se mezcla, son la visión del Sistema y no de la Institución. Entonces, se articuló la visión del Sistema con la experiencia operativa y la integró e indicó que hay que hacerlo; además, con muchísima transparencia cuando se refirieron a temas del CENDEISSS y ese aspecto, le parece absolutamente muy positivo, aunque para una persona que está siendo entrevistada, sino que le corrija doña Maritza es riesgoso hacerlo, pero la persona lo hizo acertadamente, lo hace respetuosa pero clarísimo. Reitera, tiene una claridad sobre el tema pero de manera respetuosa, entonces, también cree que hizo una excelente presentación. Además, se mencionó a la doctora Corrales que es obvio que también tiene un manejo de temas de visión del sistema también más amplio que los otros candidatos. En ese sentido, se tiene al doctor Cervantes como la persona que mejor se desempeñó, así como la doctora Corrales pues lo hizo bien.

Al Director Loría Chaves le parece muy valioso que se haya logrado realizar el ejercicio de entrevistar a los candidatos. Le agradece a los señores Directores que hayan podido trasladar para hoy la sesión y haber tenido esa oportunidad y cree que para todos fue interesante escuchar a los diferentes participantes. Considera que la Directora Jiménez Aguilar, en su análisis le parece que, efectivamente, cuando observó las exposiciones tanto de don Roberto Cervantes, como de doña Daisy Corrales, sin duda alguna se notaba un manejo muy fluido de la temática de la Caja y de salud en general. Conoce al doctor Cervantes aunque se han visto pocas veces, pero conoce su trabajo. En la Junta Directiva del año 2010 él era el Director del CAIS de Puriscal, de ahí lo trasladaron para se fuera para el Hospital de Grecia porque había una problemática significativa en la comunidad, pues toda estaba paralizada y el doctor Cervantes llegó e instauró el orden. En un conflicto de meses, donde la comunidad estaba tomando el Hospital de Grecia, claramente, encabezados por un Ginecólogo de la zona y el doctor Cervantes puso orden. Además, tenía orden en el CAIS de Puriscal e instauró el orden en el Hospital de Grecia. En ese sentido, logró conformar los equipos de trabajo, logró fortalecer el Hospital de Grecia y terminó su gestión en ese Hospital con éxito, pues logró dejar un Hospital con una buena gobernanza y producto de esa gestión, se puede hacer una referencia excelente del Dr. Cervantes. Luego, cuando hubo que intervenir el Hospital de Heredia, fue en la siguiente Junta Directiva. Entonces, reconoce su éxito en la gestión como gestor, porque él es un gestor por lo que fue trasladado al Heredia y, efectivamente, ese Hospital sufrió una transformación impresionante y había un conflicto significativo también. Su criterio personal, es que la labor que ha hecho el doctor Cervantes, es el ejercicio de manejar el conflicto que es muy importante, porque ese liderazgo de tener mano firme, pero a la vez entender a las personas, sin duda alguna le genera mucha confianza. Hace años no conversaba con él pero de largo ve el trabajo que hace y realmente cuando escuchó el nombre de él le genera, pero le tiene confianza del mundo. Se siente confiado y tranquilo y cree que si asume la Gerencia Médica de la Caja, va a estar bien y la Gerencia también. Además, no tiene ninguna duda de que el doctor Cervantes, va a hacer una transformación en la Gerencia

Médica y ese aspecto del que hace referencia el doctor Rojas Molina, era muy importante pues en la Institución, por ejemplo, hay tantos caciques y todas las personas emiten directrices por aparte y está seguro de que don Roberto Cervantes, lo va a unificar y va a generar directrices directamente desde la Gerencia.

El Director Guzmán Stein se alegra de que se hayan hecho esas entrevistas. Coincide con la Licda. Jiménez Aguilar, en los dos candidatos. El número dos don Roberto y el número tres la doctora Daysi Corrales. Ambos conocen muy bien la Caja bajo diferentes expectativas, la doctora Corrales amplió Caja-país porque ella fue Ministra de Salud, tiene esa gran ventaja. Sin embargo, cree que don Roberto contestó muy bien la entrevista, excelente, y tiene una mayor acción y planificación en cuanto a poderle dar esa fortaleza a la Gerencia Médica, porque es lo que necesita en este momento un Gerente activo, un Gerente conciliador, negociador, un Gerente que tenga un liderazgo como lo indicó don José Luis Loría, así como un conocimiento amplio de lo que se pueda hacer a nivel de las áreas de salud iniciando por el Primer Nivel; inclusive, ubica a don Roberto atrás, él inició en Sarapiquí, hizo un excelente trabajo, fue compañero de trabajo cuando él estuvo en el Ministerio de Salud. Entonces, es una persona que tiene antecedentes y, también, se alegra que hayan indicado varios Directores que son muy positivo y establece ese orden, pues él asume los retos con firmeza. Entonces, por ese lado dentro de los dos candidatos don Roberto, está como de los mejores.

La Directora Abarca Jiménez se alegra de que se hayan hecho las entrevistas, le gustó mucho como lo planearon que todos tuvieran la misma oportunidad y la misma pregunta en el mismo tiempo. Considera que hay diferencias entre los cinco y muchos coinciden, en señalar el problema relacionado con las listas de espera, así como la desarticulación y la formación de especialistas. Sí igual destaca a don Roberto Cervantes y a doña Daisy Corrales. Siente que don Roberto Cervantes fue más específico en el desarrollo del cómo, ahí es donde él tuvo la gran diferencia, no solo se extendió bastante, en cómo resolvería cada uno de los problemas, sino que demuestra con hechos como lo hizo y esos mismos problemas, como los atacó en el Hospital de Heredia y en otros centros. Por ese aspecto lo destaca a él y le parece que es el mejor candidato, porque desarrolló mucho mejor el cómo abordar los problemas y no solo como lo hace, sino que ya lo ha hecho.

El doctor Llorca Castro piensa igual que todos los Directores, en términos de que todos son buenos candidatos, la forma en que respondieron la pregunta que se les hizo, obedece a las posiciones que han tenido. Esa es la sensación que le queda y en ese sentido, sobresalen algunos que llaman a reflexionar sobre la capacidad resolutive de la organización de la Gerencia Médica en todo su alcance, la capacidad resolutive en distintos ámbitos, pero algunos le pusieron especial énfasis a la capacidad técnica del recurso humano y a la planificación para desarrollarlo, formarlo y capacitarlo. Ese aspecto es sorprendentemente positivo. Otro de los elementos que se repitió es mencionar una de sus consecuencias de los problemas de organización y de la capacidad resolutive y entre esas, el recurso humano y es el tema de las listas de espera que, prácticamente, fue generalizado. Algunos mencionaron ejemplos exactos de cómo las han abordado en el pasado con resultados positivos, resultados que son cuantitativamente demostrables, sin que hayan estado en la dinámica de sacar cifras aquí. Otro de los aspectos es que muchos reconocen que la Gerencia Médica se tiene que articular mejor con otras Gerencias y algunos mencionaron con otras instituciones; inclusive, alguno hizo referencia de algunas puntuales como el Instituto Nacional de Aprendizaje (INA) que es una institución fundamental.

La Caja nunca ha tenido ninguna relación con el INA y es sorprendente y, sin embargo, surgió un ejemplo concreto y, después, otros candidatos hicieron referencia de otras instituciones.

Anota la Licda. Jiménez Aguilar que cuatrocientas personas capacitadas.

El doctor Fernando Llorca indica que sí son cifras cuantitativas concretas.

Menciona doña María Elena que don Roberto Cervantes, hizo referencia de ese dato.

Señala el doctor Llorca Castro que sale a reducir también, la experiencia de la gestión de la “trinchera” hospitalaria a diferencia de otros que no han estado tanto en ese nivel. Otro aspecto que le gustó, es que se mencionaron los problemas de la Red y de cómo articulan las redes, es imposible que le hagan esas preguntas y no mencionar algún aspecto de Red y lo determinar muy claramente. De los comentarios que está haciendo, muchos pasaron por el doctor Roberto Cervantes y por supuesto, lo apuntan como un candidato sobresaliente en esos aspectos sobre los demás. Teniendo ese tema claro y habiendo emitido toda la opinión somete a votación. Pregunta quienes están de acuerdo en nombrar como Gerente Médico por los próximos seis años al Dr. Roberto Cervantes. En firme. A partir del 01 de agosto. Evidentemente, tiene que dejar resuelto el tema del Hospital de Heredia.

El doctor Devandas Brenes propone al doctor Mario Ruíz que ha estado fungiendo desde la práctica como Subdirector, pues por situaciones legales el Hospital de Heredia no tiene subdirector, pero en la práctica, él es el Subdirector del Hospital. Como es un nombramiento interino, porque para hacerlo en propiedad hay que sacar la plaza a concurso. Su preocupación es que el doctor Llorca tiene el recargo hasta el 31 de julio próximo y, entonces, tendría que ser a partir del 01 de agosto de este año, para que el Dr. Cervantes asuma como el Gerente Médico, por lo que propone nombrar interino al doctor Ruíz, porque es el que ha estado como Coordinador Nacional de EDUS, para que lo sustituya.

El Dr. Salas Chaves pregunta si se juramentan en este momento al doctor Cervantes.

Recuerda don Mario que el jueves próximo es feriado, por lo que habría que juramentarlo hoy.

Señala don Fernando Llorca que al doctor Cervantes sí, pero el Subgerente Jurídico le está haciendo una indicación.

Prosigue el Director Devandas Brenes y anota que si no se puede hacer una sesión extraordinaria para poder juramentar al Dr. Cervantes.

El Subgerente Jurídico indica que son procesos separados. Se puede juramentar al Dr. Cervantes, pero el tema es cómo se resuelve el Hospital de Heredia, es un tema relacionado pero aparte. El otro tema, es que el Director del Hospital de Heredia es un asunto que debe manejarlo la Gerencia Médica y no la Junta Directiva.

Anota el doctor Devandas Brenes que la Junta Directiva ha estado nombrando a los Directores.

El señor Loría Chaves opina que hoy nombran al Gerente Médico al Dr. Cervantes y le recargan el Hospital de Heredia y él coordina.

Sobre el particular, el Director Devandas Brenes no está de acuerdo.

Señala don José Luis Loría que para nombrar el Director se tiene que hacer un procedimiento.

Le explica el Lic. Alfaro Morales al Director Devandas Brenes que hubo un tiempo, en que cuando son desconcentrados los hospitales, era la Junta Directiva que por razones legales nombraba, pero en este momento no viene al caso indicarlo. Se eliminó la desconcentración, por lo menos se suspendió, ceso la desconcentración y, claramente, no había duda que era una competencia de nombrar, a los señores y señoras ya era la Gerencia Médica, pero la Junta Directiva ha tenido la práctica, voluntad o costumbre como se le quiera llamar de estar al tanto de esos nombramientos que se hacen. Pero no porque sea una competencia por definición de Junta Directiva sino de la Gerencia Médica, ese aspecto lo acota porque es un hecho jurídico. La Gerencia Médica puede nombrar y encargarse de esos procesos, ya sea en propiedad o interino con los recursos y con los procedimientos que tengan que hacer. Lo indica porque hay que gestionar respecto del tema, pero en este momento no tiene claridad. Conoce que para nombrar a un funcionario en una sustitución, cree que hay treinta días que corren y lo está averiguando y lo que está evitando, es que se haga un proceso, que, luego, venga a dar al "traste" o con un tema de un amparo, entre otros.

El señor Presidente Ejecutivo indica que es muy atinada la observación de don Gilberth Alfaro y lo que señala don José Luis Loría. Solicita juramentar al doctor Cervantes pues está afuera, entonces, se convoca de una vez por cuanto se tiene un día feriado y la Gerencia Médica, es de problemas todos los días. En la línea de lo que indicó don José Luis comenta que, normalmente, cuando el Director de un hospital disfruta de vacaciones, los sustituye el Subdirector mientras tanto y, después, la Gerencia Médica resolverá, probablemente, con la Presidencia Ejecutiva pero si es cierto que anteriormente, era la Junta Directiva la que nombraba los directores de los hospitales, pero se eliminó producto de que la desconcentración no está vigente en este momento y piensa que se debe presentar una terna.

Indica el Director Loría Chaves que no se puede obviar el procedimiento. Piensa que, por ejemplo, si el doctor Cervantes toma vacaciones quince días y, entonces, quien queda.

Señala el doctor Devandas Brenes que el doctor Ruíz.

Por consiguiente,

Habiendo entrevistado a los cinco candidatos para ocupar el puesto de Gerente Médico el cual se encuentra vacante desde el 9 de abril de 2018, la Junta Directiva de conformidad con la facultad que le confiere el artículo 15 de la Ley Constitutiva de la Caja Costarricense de Seguro Social - por unanimidad- **ACUERDA** nombrar al doctor Roberto Cervantes Barrantes como Gerente Médico, a partir del 01 de agosto del año en curso y por un período de seis años.

Se le garantiza al Dr. Cervantes Barrantes el derecho establecido en el artículo 5°, párrafo I de la Ley de Estatuto de Servicios Médicos, que dice: "Cuando un profesional amparado por este

Estatuto pase a ocupar un puesto no contemplado en él, dentro de la misma Institución y a solicitud de ésta, no perderá sus derechos adquiridos y deberá ser reinstalado en su puesto anterior o alguno similar si el ejercicio del puesto excluido del escalafón terminare por causal que no le fuere atribuible".

De conformidad con las disposiciones del artículo 1253 del Código Civil será, mientras ostente el cargo de Gerente, representante judicial y extrajudicial de la Caja Costarricense de Seguro Social con facultades de apoderado generalísimo sin limitación de suma, quien podrá actuar conjunta o separadamente con las Gerencias de Pensiones, Administrativa, Financiera, de Logística y de Infraestructura y Tecnologías, según corresponda. Asimismo, se le concede la facultad de otorgar y de revocar poderes; entiéndase por tales poderes especiales, generales, administrativos, generales judiciales.

Queda autorizado el señor Presidente Ejecutivo para comparecer ante notario a otorgar el respectivo poder generalísimo sin límite de suma.

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

ARTICULO 5°

La Directora Jiménez Aguilar, se refiere al oficio que fue distribuido número N° ACODIMED-78-2018, de fecha 27 de julio del año 2018, suscrito por el Dr. Marco Antonio Salazar Rivera, Secretario, Junta Directiva, Asociación Costarricense de Directores Médicos (ACODIMED), por medio del que remite el acuerdo que tomó la Asociación en la sesión ordinaria del 27 de julio de 2018, que se lee textualmente en los siguientes términos:

“Se solicita con carácter de urgencia se nos informe el motivo por el cual nuestras agremiadas al Sindicato Dra. Cristina Vásquez Evangelisti y Dra. Milena Quijano Barrantes, quienes se inscribieron en el proceso de selección para la escogencia del Gerente Médico no fueron convocadas a realizar las pruebas respectivas. Así mismo se solicita se nos informe porqué la Dra. María Eugenia Villalta Bonilla, no ha sido incluida en la nómina de los cinco candidatos a entrevistar para ocupar el cargo de Gerente Médico, a pesar de cumplir con todos los requisitos solicitados para el puesto, según el informe técnico rendido por la Dirección de Gestión de Recursos Humanos que este sindicato ha tenido a la vista.

SOLICITUD DE MEDIDA CAUTELAR:

Se solicita en forma expresa y en carácter de medida cautelar se suspenda de inmediato el proceso de selección del Gerente Médico hasta tanto no se subsane la discriminación que han sido objeto nuestras agremiadas”.

y la Junta Directiva –en forma unánime- **ACUERDA** trasladar a la Presidencia Ejecutiva y a la Dirección de Administración y Gestión de Personal para que brinden la respectiva respuesta.

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

ARTICULO 6°

Se procede a la juramentación del doctor Roberto Cervantes Barrantes, Gerente Médico.

Se retiran del salón de sesiones la Directora Alfaro Murillo y el Director Loría Chaves.

Se retira del salón de sesiones la Directora Jiménez Aguilar.

Ingresan al salón de sesiones los licenciados Ronald Lacayo Monge, Gerente Financiero a/c., Claudio Arce, Asesor de la Gerencia Financiera, Lic. Guillermo Mata Campos, abogado de la Dirección Jurídica e Irene Fariña, Asesora de Presidencia Ejecutiva.

ARTICULO 7°

Se presenta *“Reglamento para el aseguramiento contributivo de la población recolectora de café en el Seguro de Salud en forma temporal y excepcional”*, a cargo del Dr. Fernando Llorca Castro, Presidente Ejecutivo.

Señala el Dr. Llorca Castro que las recomendaciones más importantes, provinieron del Instituto del Café de Costa Rica (ICAFE). Entonces, se conocieron en esta Junta Directiva y se instruyó a la administración activa y al ICAFE, para que se reunieran y se aclararan esas diferencias y para desarrollar una nueva propuesta, la cual se ha materializado y debe ser de nuevo conocida por las Juntas Directivas, tanto del ICAFE como este Órgano Colegiado de la Caja.

Continúa el licenciado Ronald Lacayo Monge, Gerente Administrativo y el licenciado Claudio Arce Ramírez, Asesor de la Gerencia Financiera.

Señala el Lic. Lacayo Monge, Gerente Administrativo con recargo de la Gerencia Administrativa que como lo indicó el Dr. Llorca, el tema lo revisó un comité de alto nivel del ICAFE, señor Presidente Ejecutivo don Guido Vargas, el Director Ejecutivo don Ronald Peters y la Directora Jurídica del ICAFE, de parte de la Institución participaron el Lic. Gilberth Alfaro, la Ing. Marielos Alfaro, el Lic. Guillermo Mata, la Licda. Irene Fariña, la Licda. Mariana Ovaes, el Lic. Claudio Arce, el Lic. Guillermo López y él. Comenta que trabajaron toda la mañana del martes 24 de julio, hasta las 12:40 p.m. y el documento que se les entregó a los señores Directores, es un acuerdo entre partes consensuado, inclusive, el Lic. Claudio Arce se reunió todo el día viernes con la parte del ICAFE, para analizar en torno a la forma de cálculo, porque había una interpretación confusa y están de acuerdo en lo que se planteó en el Reglamento que ese respetable Órgano había aprobado. Aclara que sí estuvieron de acuerdo en excluir la fórmula como tal del Reglamento, pues si se requiere ajustar, no se tiene que ajustar el Reglamento, sino se hace más flexible desde el convenio, el tema es que pidieron tiempo, porque es un equipo de alto nivel pero no es la Junta Directiva del ICAFE. Entonces, el próximo miércoles se reúne la Junta Directiva del ICAFE y se presenta ese mismo documento, para determinar si la Junta Directiva del ICAFE está completamente de acuerdo. En ese sentido, se está informando y sí, efectivamente, de parte del equipo de trabajo con el apoyo en ese momento jurídico y técnico actuarial, es lo que tiene a mano que se acordó ambas partes y cree que se rescata lo más importante de cara a la Institución, la figura de trabajador independiente no está considerada, es

la figura del recolector de café. El control es responsabilidad del ICAFE que va a ser la contraparte de la Institución. Adiciona que en el proceso también participó la Licda. Martha Cubillo, Tesorera Nacional, Exviceministra de Hacienda y es lo que se tiene que informar respecto del Reglamento de Recolectores de Café. Los temas de más preocupación del ICAFE, como el acceso a las fincas y demás, se entiende que es un asunto fuera del alcance del Instituto, porque son los propietarios de las fincas los que los tienen que atender y por el lado jurídico de la Caja y tal vez don Gilberth Alfaro puede ampliar. Se entiende que hay una serie de potestades que tiene la Institución que no tiene por qué reflejarse en un Reglamento en particular, sino que están de por sí, inmersas en toda la legislación que los protege. En cuanto al tema de la vigencia que se había sujetado a la resolución por parte de los Tribunales de Justicia que existiera laboralidad en esa relación, es un asunto que tampoco se tiene que hacer explícito porque, evidentemente, cuando se dé se va a aplicar conforme en Ley corresponde, entonces, tampoco se tiene que ser explícito en un Reglamento. Reitera, es la versión que cuenta con el aval de ese equipo de alto nivel, pues se construyó conjuntamente y solo se está a la espera de que la Junta Directiva del ICAFE esté de acuerdo.

El Dr. Fernando Llorca señala que es importante que esta Junta Directiva conozca las modificaciones y pregunta si se presentarán.

Responde el Lic. Lacayo que así es.

Continúa el señor Presidente Ejecutivo y anota que lo importante es que se presenten las modificaciones.

Apunta el Lic. Monge Lacayo que en el caso, la figura del trabajador independiente no está contemplada, se establece la figura de recolectores de café. El tema que abran las fincas para que ingresen los Inspectores de la Dirección de Inspección, el ICAFE no tiene la posibilidad de hacerlo, porque la finca es del dueño y no del Instituto, ese aspecto se entiende. En cuanto a la laboralidad si se presentara, se aplica lo que corresponda de acuerdo con la Ley.

En cuanto a una inquietud de don Mario Devandas, explica el Lic. Lacayo que, básicamente, se reunieron con los representantes del ICAFE, tal y como la Junta Directiva lo instruyó, entonces, se llegó a una propuesta consensuada, la cual es la que don Mario tiene en su poder en este momento. Qué es lo importante en el caso, se mantuvo la propuesta del recolector de café, porque el ICAFE hacía referencia a la figura del trabajador independiente, aspecto que no se aceptó y el ICAFE aceptó que así es. Entonces, se va a trabajar la figura del recolector de café y en relación con el tema de la laboralidad, evidentemente, si un Juzgado falla que existe relación laboral, la Caja aplica lo que en la Ley corresponde, por lo que no se tiene que hacer explícito en un Reglamento y están de acuerdo. En cuanto a la apertura de las fincas para que ingresen los Inspectores, primero es una potestad que tiene la Institución por Ley y el ICAFE, no son los dueños de las fincas, pues existen los propietarios de las fincas y, repite, el ICAFE no lo es, dado que es un Ente que representa, entonces, no se podrían arrogar esa potestad, lo cual se entendió y estuvieron en total acuerdo. En relación con la forma de cálculo, es la misma que se había explicado de 2.7%. Repite, todo el viernes pasado estuvo el Lic. Arce Ramírez discutiendo el tema con el equipo de trabajo, porque tenían algunas preocupaciones también y hay una minuta donde está de acuerdo el Equipo de Alto nivel y, reitera, era Presidente Ejecutivo del ICAFE, el Director Ejecutivo, la Directora Jurídica y, luego, se incorporó con el Lic. Arce Ramírez, el

Director Financiero y avalaron el documento que se les entregó a los señores Directores, el cual fue construido, conjuntamente, pero está pendiente porque corresponde que el asunto lo conozca la Junta Directiva del ICAFE y lo conocerá el próximo miércoles.

En cuanto a una pregunta del Director Devandas Brenes, tendiente a conocer cómo se definió la fórmula de cálculo, es decir, el 2.7%, indica el Lic. Lacayo que se excluyó porque se consideró que no tiene que ver en el Reglamento, va en el convenio porque es más fácil de ajustar, por ejemplo, si hubiera que hacerle alguna modificación, al ser un Reglamento se tendría que presentar a consideración de la Junta Directiva, cualquier ajuste que se le tuviera que realizar. Recuerda, indicó que además participó la señora Viceministra de Hacienda, hoy Tesorera Nacional, aunque indicó que iba a desempeñar el papel de escuchar, porque la que se iba a pronunciar oficialmente, era la señora Ministra de Hacienda.

El Director Devandas Brenes indica que tal y como está el Reglamento, a él le parece que es lo que corresponde, el artículo 10° indica el ICAFE tendrá la obligación de registrar y reportar mensualmente, los recolectores de café en el sistema ante la Caja y sobre esos recolectores, se paga el 15% de acuerdo con el artículo 7°. Apunta que no observa el 2.7% en ningún lugar del convenio, lo que está claro es que el ICAFE hace la lista de quiénes son los recolectores, como ilustración, si hay 50 recolectores se les aplica la Base Mínima Contributiva (BMC) y se multiplica por un 15%, se dividido entre un 5.75% ICAFE y un 9.25% el Estado, entonces, el tema ya está resuelto. Lo indica porque si, después, por quedar así en un convenio se genera una mala interpretación.

Indica el Dr. Llorca Castro que así tiene que quedar en el Reglamento, porque cualquier otro aspecto que derive de él, se tiene que ir en la misma línea. Siente que la Junta Directiva puede aprobar el Reglamento, porque es un asunto de la Caja y otra situación es, eventualmente, el Convenio y la aplicación. Pregunta qué opina la Dirección Jurídica.

El Subgerente Jurídico le indica a los señores Director de la Junta Directiva, el tema es cómo está estructurada esa fórmula de aseguramiento, porque la administración tiene muy claro el diseño, aquí para que esta fórmula de aseguramiento tenga éxito, se requiere la venia, es decir, el consentimiento de la Junta Directiva de ICAFE como tal, es un acto que en la medida en que dé un paso atrás, porque tiene un disenso con lo que en esta Junta Directiva se pueda acordar, es infructuoso. Entonces, solo quiere indicar que ese Reglamento desde ese punto de vista, es atípico y le indica al Dr. Llorca que tiene razón, por lo normal las potestades de imperio y de esta Institución que están dadas por Ley y por Constitución, le permiten fijar un seguro y se aprueba. Por ejemplo, a la persona puede no satisfacerle pero es una potestad que tiene la Junta Directiva. No obstante, en este caso hay un actor que de alguna manera, ha asumido un papel protagónico que es el ICAFE, sin necesariamente ser una parte implicada directamente él como tal, entonces, le parece que el elemento de coordinación es esencial tenerlo presente, más allá de las potestades de imperio que tiene la Caja.

Pregunta el Dr. Devandas Brenes porque la reforma del artículo 11° del citado Reglamento, no conoce en qué consiste, pues se indica se reforma el artículo 11° para que se indique: “el aseguramiento se otorgará a las personas en las siguientes condiciones, trabajadores asalariados, pensionados y jubilados. En los trabajadores asalariados están contemplados los cogedores de café, no entiende a propósito de que se reforma ese artículo pues le parece que queda igual.

Señala el Lic. Lacayo Monge que ese artículo en particular, no lo autorizaron porque los trabajadores independientes se aseguran de una forma individual y no colectiva. Luego, habría un octavo artículo que indicaba los recolectores de café aparte.

Señala don Mario que está discusión de que no se quieren aceptarlos como trabajadores asalariados.

Continúa el Lic. Lacayo y señala que se está determinando que hay un error de actualización, pero sí se quedó claro en que en el artículo 11°, lo que se iba a agregar era como un nuevo grupo y los recolectores de café. Solo que lo dejaron siempre unido pero se está separando y el ICAFE está totalmente de acuerdo.

El Dr. Llorca Castro le pregunta a don Gilberth Alfaro si se puede aprobar el Reglamento y quede sujeto a la aprobación del ICAFE.

Responde el Lic. Alfaro Morales que sí y quede sujeto a la aprobación de la Junta Directiva del ICAFE, pues ese Instituto le podría hacer sugerencias de forma y no sustanciales y aun así, ese Reglamento podría quedar vigente. El tema sería si se hacen sugerencias sustanciales, se tendría que presentar ante la Junta Directiva para que se apruebe el ajuste.

Al respecto, indica el Dr. Fernando Llorca que se tendría que aprobar condicionado, a que le ICAFE lo apruebe en lo sustantivo, aunque pueden hacer observaciones de forma. Recuerda que el Reglamento ya fue consensuado con los equipos técnicos del ICAFE. Pide que voten los señores Directores que están de acuerdo en aprobar el Reglamento con las observaciones que se han hecho, sobre todo, el que quede sujeto a la aprobación por parte del ICAFE en lo sustantivo. Se vota en firme.

Al Director Devandas Brenes le parece que la aprobación del Reglamento, no puede quedar sujeto, pues le preocupa la aplicación de ese Reglamento, repite, si se toma el acuerdo de aprobar el Reglamento y queda sujeto a la aprobación por parte de la Junta Directiva del ICAFE le preocupa, porque sería como aprobar el Reglamento para ver qué le parece. Desde luego la aplicación de ese Reglamento o la eficacia, porque si no se tendría que presentar ante esta Junta Directiva y don Gilberth lo corrige.

Al respecto, indica don Gilberth Alfaro que tiene razón, en realidad es lo que subyace en la condición que indica el señor Presidente Ejecutivo, si se quiere indicar de una forma más técnica se indica se aprueba el Reglamento, quedando sujeta su eficacia a todo lo que señaló el ICAFE, aseveraciones que se pueden determinar cambios sustanciales; entonces, se le puede dar el abordaje correspondiente a cada una. Por lo que el Reglamento queda aprobado pero con una eficacia pendiente y sujeta a lo indicado.

El Director Salas Chaves quiere felicitar a los funcionarios que participaron en el tema, porque fueron persistentes, pacientes y tenaces dado que, fácilmente, después del proceso pudo no haberse concretado. Comenta que se estaba comunicando con don Fabio Ortiz por mensajería y le indicó que tenía 30 años, esperando ese momento en que estuviera aprobado el Reglamento. De manera que el grupo de trabajo tuvo la claridad y el asunto tiene una trascendencia para el país,

para la Institución y para un sector tan importante como el sector del café. Lo cual ha venido cambiando de forma muy importante, pues si se dan cuenta cada día más el café de Costa Rica, es muy valioso y bien valorado. En este momento, hay un porcentaje mayor que se vende por internet en jornadas de colocarlo en una venta de esa naturaleza, luego de que las personas lo han catado y se le ha hecho todo el trámite, con un valor agregado extraordinariamente importante para las personas, sobre todo en Naranjo, Palmares y los Santos, porque han hecho un enorme esfuerzo en la inversión, para garantizar una calidad del café como la mejor del mundo. De manera que es por ahí el camino de la economía global de este país, por la calidad porque, justamente, el valor agregado es cada vez mayor. Vuelve a felicitar al grupo que trabajó en el tema, porque fue muy paciente pues, realmente, en la sesión pasada se quedó desconcertado de que lo que se presentó fue otro Reglamento y no se conocía de donde salió pero, dichosamente, fue eliminado y se volvió al texto original.

El Dr. Llorca Castro concuerda con el Dr. Salas y quiere reconocer, positivamente, el trabajo que efectuaron los funcionarios de la administración activa, el apoyo de Irene Fariña de la Presidencia Ejecutiva, en su calidad de Asesora. También, quiere reconocer el trabajo de la Ing. Alfaro Murillo, pues tuvo una intervención directa con los Miembros de la Junta Directiva del ICAFE. Reitera las gracias a los funcionarios de la Gerencia Financiera y de la Dirección Jurídica, dado que han trabajado triple jornada con el asunto. Hace hincapié en que hubo un par de intervenciones muy importantes de doña Marielos Alfaro y quiere reconocerlo y al más alto nivel.

El Director Guzmán Stein señala que concuerda con el Dr. Salas, pues hace un momento los enalteció y quiere que ojalá se continúe con una persistencia, por una situación del sistema a nivel bancario, tema que lo mencionó en la mañana. Comenta que hace un momento hizo unas llamadas y está haciendo referencia del Banco de Costa Rica, porque no ha hecho las del Banco Nacional de Costa Rica. En ese sentido, las autoridades del Banco de Costa Rica le están informando de que esa es una relación contractual administrativa que pidió la Caja, lo del sistema del fin de semana que, perfectamente, es una situación de mejorarlo y actualizarlo, pero que no es cuestión de imposibilidades, es porque la Caja lo pidió así el viernes a las 7:00 p.m. hasta el lunes. Es una situación que él desea dejar claro, porque cree y sigue insistiendo en ese punto, no puede ser posible que se tenga un sistema que a las 7:00 p.m. del viernes y días feriados no funciona.

Indica el Lic. Lacayo Monge que revisará el tema, pues le parece que no tendría sentido que el 4/7 no se acepte del lado de los bancos. Hay documentación en la que consta que los bancos no lo permiten. Entonces, actualizará la información porque ojalá tengan la apertura para aceptarlo 4/7.

Aclara el Dr. Guzmán Stein que la información se la dieron del Banco de Costa Rica, el Banco Nacional de Costa Rica todavía no se la ha dado.

Repite el Lic. Lacayo que como lo indicó, la Caja trabaja 24/7/365.

Señala el Dr. Salas Chaves que en la misma línea de don Pablo Guzmán, solo para que después se pueda revisar el tema de las fechas de pago, porque este tema está generando mucha preocupación y en ese sentido, le parece que se tiene que gestionar, porque la insatisfacción que

manifiestan las personas es significativa, porque las personas están quedando como morosas por un problema, simplemente de ajuste de las leyes.

De conformidad, con lo acordado en el artículo 15° de la sesión N° 8978, se procede a conocer la propuesta del “*Reglamento para el aseguramiento contributivo de la población recolectora de café en el Seguro de Salud en forma temporal y excepcional*” y con base en la recomendación de la Gerencia Financiera, la Junta Directiva –en forma unánime- **ACUERDA** aprobar el siguiente “*Reglamento para el Aseguramiento Contributivo de la Población Recolectora de Café en el Seguro de Salud, en forma excepcional y por la temporalidad de la cosecha*”, –con las observaciones hechas- en la parte deliberativa y queda sujeta la eficacia de dicha aprobación a que la Junta Directiva del Instituto del Café (ICAFE) apruebe dicho reglamento en lo sustantivo.

REGLAMENTO PARA EL ASEGURAMIENTO CONTRIBUTIVO DE LA POBLACIÓN RECOLECTORA DE CAFÉ EN EL SEGURO DE SALUD, EN FORMA EXCEPCIONAL Y POR LA TEMPORALIDAD DE LA COSECHA

CAPÍTULO I ÁMBITO DE APLICACIÓN Y DEFINICIONES

Artículo 1: Campo de aplicación.

Este Reglamento establece un mecanismo de protección de carácter excepcional y por plazos de implementación, en el Seguro de Salud, para todas aquellas personas que se dediquen a la recolección de café en territorio nacional, sean éstos costarricenses o extranjeros, esta última independientemente de su condición migratoria, bajo los términos señalados en el presente Reglamento.

Artículo 2: Definiciones.

Para los efectos del presente Reglamento se entenderá por:

Beneficio familiar: Condición especial de aseguramiento que la CCSS le otorga a los asegurados familiares que dependen económicamente de quién haya sido definido el recolector cabeza de familia y que se encuentren en territorio nacional.

ICAFE: Es la Institución pública de carácter no estatal, rectora de la caficultura costarricense, responsable para efectos del presente reglamento, de reportar a la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), la información consolidada, generada por los recolectores de café, debidamente corroborada en cuanto a su actividad de recolección, que permita el aseguramiento de esta población.

El ICAFE contribuirá directamente al financiamiento del presente modelo de aseguramiento contributivo de la población recolectora de café, dentro del plazo de los convenios suscritos.

Estado: Será el responsable de aportar bajo el régimen contributivo que establece el presente Reglamento, el porcentaje definido al modelo de aseguramiento a la mano de obra recolectora de café.

Período de cosecha: Es el lapso de tiempo durante el cual se recolecta el grano del cafeto.

Recolector de café: Persona mayor de 15 años, que recoge este fruto de manera manual. Se entiende que el recolector menor de 18 años y mayor de 15 años tiene que cumplir con la normativa laboral que indique el Patronato Nacional de la Infancia (PANI) y la legislación nacional vigente. Se excluyen de esta definición y por ende de los beneficios respectivos, aquellos trabajadores permanentes de las fincas.

CAPÍTULO II DE LAS CONDICIONES Y ALCANCES DE LA PROTECCIÓN

Artículo 3: Cobertura de los recolectores de café.

Los recolectores de café como asegurados activos, por medio de este reglamento tendrán acceso a todos los servicios y prestaciones incluidas en el Reglamento del Seguro de Salud y toda aquella normativa vigente aplicable al mismo.

Artículo 4: Período máximo y alcance de la protección.

Los beneficios que se derivan del aseguramiento de los recolectores de café, como asegurados activos, tendrán vigencia durante el período de la cosecha, sin demérito de lo estipulado en el artículo 60 del Reglamento del Seguro de Salud.

Artículo 5: Cobertura del Beneficio Familiar

Las personas que se encuentren en territorio nacional y que cumplan con las condiciones y requisitos establecidos en el Reglamento del Seguro de Salud relacionada con el beneficio o protección familiar, podrán gozar de este tipo de aseguramiento, a partir del derecho generado por el aseguramiento contributivo de los recolectores de café. Para tales fines, tendrán que llevar a cabo, los trámites correspondientes, en las dependencias institucionales habilitadas para la concesión del citado beneficio familiar.

Artículo 6: Requisitos para recibir la prestación de los servicios de salud.

Dadas las características particulares de la población recolectora de café, cuando se trate de un extranjero sin una condición migratoria regular, sea porque no ha cumplido con los trámites correspondientes o se encuentra indocumentado en el territorio nacional, el ICAFE extenderá un documento de acceso a la seguridad social con foto, para el cual la CCSS facilitará el número de asegurado, cuyo uso será exclusivo para el acceso a los servicios y atenciones otorgados por el Seguro de Salud. Este documento incluirá la siguiente información:

- Número de asegurado asignado por la CCSS
- Nombre completo del recolector de café
- Género
- Edad
- Nacionalidad
- Fotografía

Los recolectores de café, sean nacionales o extranjeros con una condición migratoria regular, serán identificados a través de los documentos oficiales que las instancias estatales competentes emiten para tales efectos.

CAPÍTULO III DEL FINANCIAMIENTO

Artículo 7: Porcentajes y bases de contribución.

El porcentaje de la contribución del aseguramiento de los recolectores de café será del quince por ciento (15%) y se financiará con aportes del ICAFE y el Estado, siendo un cinco punto setenta y cinco por ciento (5.75%) correspondiente al ICAFE y el nueve punto veinte cinco por ciento (9.25%) al Estado.

Los aportes se calcularán tomando en consideración la Base Mínima Contributiva vigente en todo momento para el Seguro de Salud. Para tales efectos se utilizará la fórmula descrita en el convenio vigente.

Antes del inicio del período de cosecha, el Estado y el ICAFE, sea de forma conjunta o individualmente, deberán hacer constar que cuentan con los recursos necesarios y suficientes para el financiamiento, en caso contrario no procederá el aseguramiento mediante el presente reglamento.

Artículo 8: Facturación de las cuotas al Seguro de Salud.

La facturación se llevará a cabo utilizando el esquema de reporte mensual, por lo que el ICAFE será el responsable de enviar la información de los recolectores de café registrados a nivel nacional, en las fechas y formatos acordados por las partes.

En el caso de la cuota que corresponde cubrir al Ministerio de Hacienda, la CCSS incluirá dicha suma dentro de los cobros de cuotas complementarias al Estado. La CCSS facturará y enviará mensualmente los montos correspondientes al Ministerio de Hacienda y si, durante el transcurso del año, los fondos presupuestados son insuficientes para que el Estado cumpla con su aporte, el Ministerio de Hacienda, procederá a incluir los recursos adicionales, en un Presupuesto Extraordinario de la República.

CAPÍTULO IV DEL CONVENIO DE ASEGURAMIENTO ENTRE LA CCSS Y EL ICAFE

Artículo 9: Convenio entre la CCSS e ICAFE.

La CCSS e ICAFE suscribirán y perfeccionarán convenios que regulen aspectos técnicos y operativos de los procesos asociados al aseguramiento excepcional y de temporalidad de la cosecha de los recolectores de café y sus familiares.

Dichos convenios tienen como propósito sistematizar las condiciones para otorgar el Seguro de Salud a los recolectores de café y su grupo familiar en el territorio nacional, sean nacionales o extranjeros, independientemente de su condición migratoria.

CAPÍTULO V DE LAS OBLIGACIONES Y POTESTADES DE VERIFICACIÓN

Artículo 10: Reporte y registro de los recolectores de café.

El ICAFE tendrá la obligación -por los mecanismos a su alcance- de registrar y reportar mensualmente a los recolectores de café en este sistema ante la CCSS. Estos reportes se harán por el ICAFE, a través del mecanismo de reportes mensuales para este caso concreto, quedando así inscritas las personas que se dediquen a esa actividad económica, para efectos de la cobertura del Seguro de Salud.

Artículo 11: Obligaciones que le corresponde al ICAFE.

El ICAFE asume las siguientes obligaciones, en relación con el correcto aseguramiento de los recolectores de café:

- Será el responsable de enviar el reporte mensual de los recolectores de café registrados a nivel nacional, en las fechas y formatos acordadas por la CCSS.
- Financiamiento y distribución oportuna del documento de identificación de los recolectores de café que se encuentren indocumentados e incluirlos en los sistemas de aseguramiento a la CCSS, para que al momento de utilizar los servicios de salud sean plenamente identificados y con ello la CCSS pueda llevar los controles administrativos y clínicos oportunos.

Artículo 12: Revisiones periódicas.

Periódicamente, la CCSS hará revisión de la información suministrada por ICAFE para garantizar el correcto aseguramiento de los recolectores de café y sus familiares cubiertos por el presente reglamento. La CCSS se reservará el derecho de requerir del ICAFE información detallada relativa a la recolección y cantidad de recolectores.

CAPÍTULO VI DE LA ADSCRIPCIÓN Y LA ATENCIÓN EN LOS SERVICIOS DE SALUD

Artículo 13: Adscripción de los recolectores de café. La población usuaria recolectora de café, podrá solicitar su adscripción al establecimiento de salud del primer nivel de atención (EBAIS) en forma personal, por medio de una persona autorizada por escrito o por los medios tecnológicos dispuestos por la institución para tal fin. Para estos efectos, con el objetivo de proceder con la adscripción, el recolector de café que se encuentre en condición migratoria regular debe acreditar el documento oficial vigente y el caso de los indocumentados el documento de identificación emanado por el ICAFE.

Artículo 14: De la atención de los recolectores de café.

Los recolectores de café podrán ser atendidos en cualquier zona geográfica del territorio nacional, para ello la CCSS dispondrá de sus sistemas para acreditar que dicha atención se realice en forma oportuna y llevar a cabo los controles necesarios.

Artículo 15: Documento de identificación para la atención en los servicios de salud.

El asegurado y sus familiares que se encuentren en territorio nacional para ser atendidos en los servicios de salud deben presentar el documento de identificación oficial generado por las instituciones del Estado (cédula, DIMEX, cédula de residencia) o el emitido por el ICAFE en el caso de los recolectores de café que estén indocumentados.

CAPÍTULO VII DISPOSICIONES FINALES

Artículo 15: Reformas. El presente Reglamento modifica, en los términos que se dirá, el artículo 11° del Reglamento del Seguro de Salud, aprobado por la Junta Directiva en el artículo 12 de la sesión N° 7097, y reformado en el artículo 27 de la sesión N° 8806, celebrada el 22 de octubre del año 2015.

a) Se reforma el artículo 11°, cuyo texto dirá:

"ARTÍCULO 11° Del aseguramiento según condición.

El aseguramiento se otorgará a las personas en las siguientes condiciones:

1. Los trabajadores asalariados.
2. Los pensionados y jubilados de cualquiera de los sistemas estatales
3. Las personas jefas de familia aseguradas por cuenta del Estado.
4. Las personas que individual o colectivamente se acojan al Seguro bajo la modalidad de Seguro Voluntario.
5. Los trabajadores independientes, que coticen al Seguro en forma -individual o colectiva.
6. Asegurados bajo la modalidad de recolectores de café.
7. Los familiares de los asegurados directos a quienes se les haya otorgado el Beneficio Familiar.
8. Población en condición de pobreza (Así reformado en el artículo 36 de la sesión número 8061 del 30 de mayo del año 2006)

Artículo 16: Procedimiento para determinar eventuales incumplimientos en las obligaciones del presente Reglamento.

En caso de que alguna de las partes considere que existe un incumplimiento de alguna de las obligaciones establecidas en el presente reglamento procederá a notificar a la parte que se considere incumpliente en un plazo máximo de 15 días hábiles la supuesta falta, así como los elementos de prueba.

La parte supuestamente incumpliente tendrá un plazo de 15 días hábiles para presentar el descargo o justificación que considere pertinente, en caso de que se considere improcedente dicha justificación se dará por concluido la aplicación del presente reglamento. Se exceptúa de esta disposición al Gobierno Central.

Artículo 17: Normas supletorias.

Los aspectos no contemplados expresamente en el presente reglamento se regirán por lo dispuesto en la Ley Constitutiva de la Caja Costarricense de Seguro Social, el Reglamento de Seguro de Salud, el convenio suscrito entre las partes para operativizar el presente modelo de aseguramiento, así como cualquier otra normativa institucional o nacional aplicable.

Artículo 18: De la vigencia

Rige a partir de su publicación en el Diario Oficial La Gaceta.

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

Se retiran del salón de sesiones el licenciado Ronald Lacayo Monge, Gerente Financiero a/c., y sus acompañantes.

Ingresan al salón de sesiones los licenciados Sergio Gómez Rodríguez, Director de Presupuesto y Marvin Quirós, funcionario de la Gerencia Financiera, actualmente en la Dirección de Actuarial.

ARTICULO 8°

Se tiene a la vista los **Informes de Sistema de Cuentas Nacionales de Salud**, a cargo del señor Gerente Financiero.

Con base en las siguientes láminas, la presentación se encuentra a cargo del Lic. Sergio Gómez Rodríguez, Director de Presupuesto y del Lic. Marvin Quirós:

1)



“Informe de Sistema de Cuentas de Salud, Costa Rica” Periodo 2011-2016

Organización Panamericana de la Salud (OMS/OPS)

Ministerio de Salud

Caja Costarricense de Seguro Social

San José, Costa Rica

Julio, 2018

2)

Contenido:

Informe de Sistema de Cuentas en Salud, Costa Rica



3)

Metodología:

¿Qué son las Cuentas en Salud?

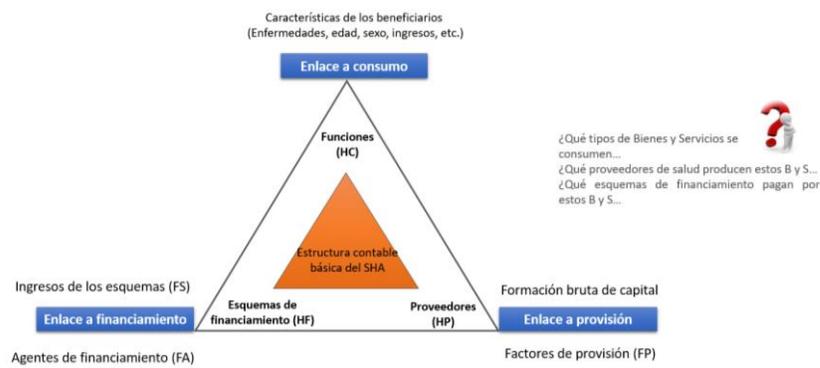


- Una metodología para captar la estructura y describir los flujos financieros del sistema de salud.
- Se miden siguiendo las normas de contabilidad estandarizadas.
- Se orientan a generar información para la toma de decisiones del sistema de salud.

4)

Metodología:

Dimensiones



5)

Metodología:

SCS en Costa Rica

[Texto]

[Texto]



- Instrumento en el diseño políticas públicas en Salud
 - Rendición de cuentas
 - Nivel adecuado de gasto en salud
 - Comparación internacional
 - Mejoras de eficiencia con los cambios en la composición del gasto
 - Requisito de la OCDE
- ... herramienta diseñada para suministrar información al proceso ... diseño y la instrumentación de las políticas, hasta el diálogo político, así como también el monitoreo y la evaluación de las intervenciones de atención de la salud (OMS 2004)."

6)

Antecedentes:



7)

Principales resultados:

Principales indicadores de Gasto en Salud, 2011-2016 (en millones ₡)

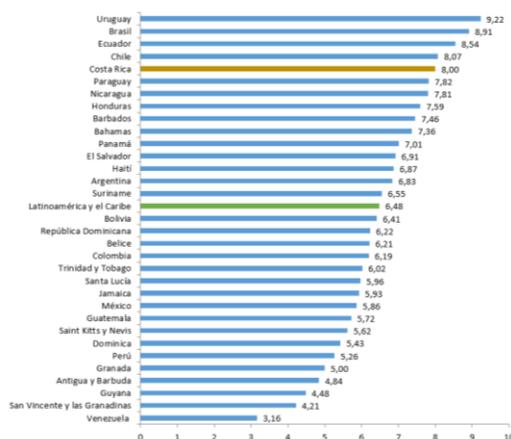
Descripción	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Gasto Corriente	1,754,012	1,848,332	1,955,386	2,145,438	2,290,557	2,344,992
Gasto Capital	31,357	31,119	72,096	54,451	64,423	77,935
Gasto Total en Salud (GTS)	1,785,369	1,879,451	2,027,482	2,199,889	2,354,980	2,422,927
Gasto Público (GPS)	1,314,245	1,404,273	1,541,249	1,624,371	1,783,553	1,843,783
Gasto Privado (GPRs)	471,123	475,179	486,233	575,518	571,427	579,144
PIB a precios de mercado, nominal	21,370,733	23,371,406	24,860,944	27,226,883	29,281,362	31,044,148
GTS como porcentaje del PIB	8.4%	8.0%	8.2%	8.1%	8.0%	7.8%
GPS como porcentaje del PIB	6.1%	6.0%	6.2%	6.0%	6.1%	5.9%
GPRs como porcentaje del PIB	2.2%	2.0%	2.0%	2.1%	2.0%	1.9%
Gasto Público Total (GPT)	5,995,561	6,652,794	7,458,353	8,093,438	8,872,749	9,436,608
GPS como porcentaje de GPT	21.9%	21.1%	20.7%	20.1%	20.1%	19.5%
Población	4,592,149	4,652,459	4,713,168	4,773,130	4,832,234	4,890,379
Gasto Per Cápita (en colones)	388,787	403,969	430,174	460,890	487,348	495,448
Tipo de cambio	505.7	502.9	499.8	538.3	534.6	544.8
Gasto en millones de dólares	3,530	3,737	4,057	4,087	4,405	4,447
Gastos Per Cápita (en dólares)	769	803	861	856	912	909

Fuente: Sistema de Cuentas de Salud, Banco Central de Costa Rica e Instituto Nacional de Estadística y Censos.

8)

Principales resultados:

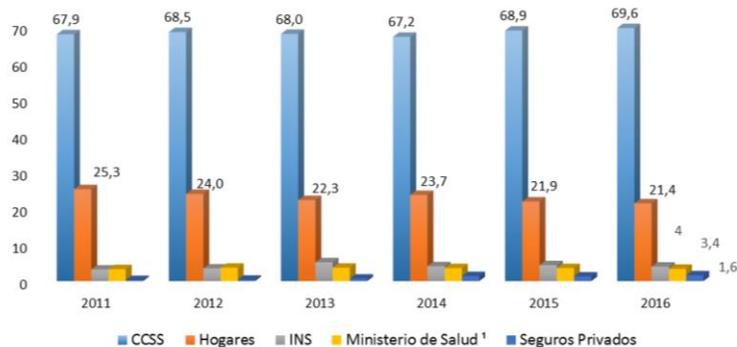
Gasto en Salud como % del PIB, periodo 2015.



9)

Principales resultados:

Gasto total en salud según actor, 2011-2016 (% participación)

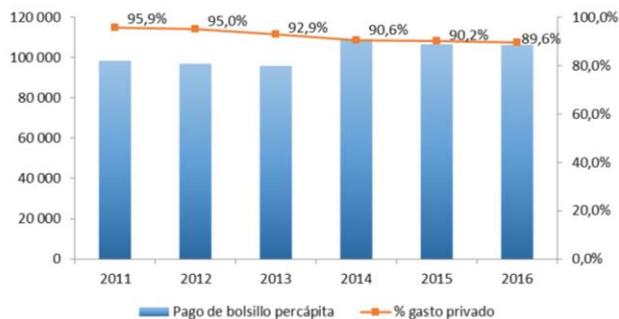


Fuente: Sistema de Cuentas de Salud
1/ Incluye el fideicomiso y unidades adscritas

10)

Principales resultados:

Gasto de bolsillo, 2011-2016

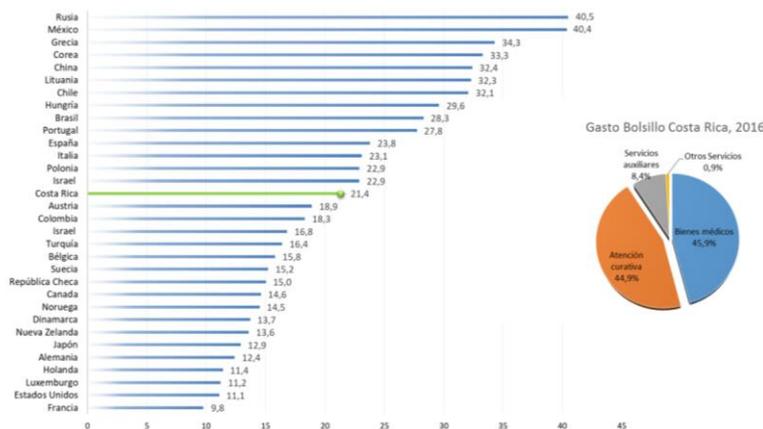


Fuente: Sistema de Cuentas de Salud

11)

Principales resultados:

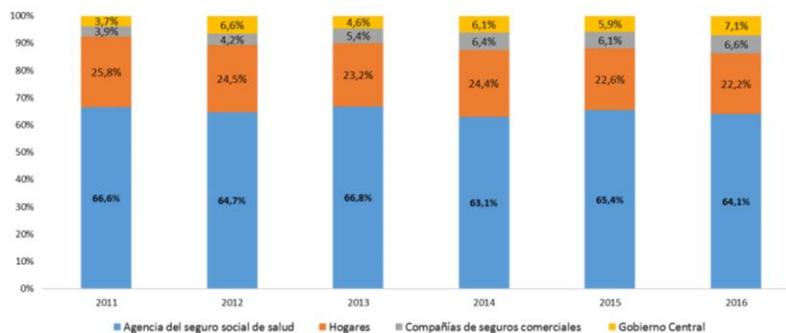
Relación gasto de bolsillo como % del gasto total de salud, 2016



12)

Principales resultados:

Agentes de financiamiento, periodo 2011-2016 (% participación)



Fuente: Sistema de Cuentas de Salud

13)

Principales resultados:

Proveedores de servicios, periodo 2011-2016 (% participación)



14)

Principales resultados:

Funciones de salud, periodo 2016 (% de Participación)



Fuente: Sistema de Cuentas de Salud

15)

Principales resultados:

Factores de provisión, periodo 2016 (% participación – millones de c)



16) Conclusiones:

- El gasto total de salud 2015 en relación al PIB fue de 8% por encima al promedio de Latinoamérica y el Caribe de 6.48%
- El gasto total de salud como porcentaje del PIB en el año 2016 fue de 7.8%, el promedio para los países de la OCDE fue de 9.0% pero superior al de los países de ingresos medios (6%).
- Los hogares representan un 21.4% del gasto total en salud y está sobre el promedio del gasto de bolsillo en los países miembros de la OCDE de 20.1%.
- El principal agente de financiamiento es la agencia del seguro social de salud 64.1% (principalmente por las contribuciones obrero-patronales), seguido por los hogares en 22.2%, periodo 2016.
- El esquema gubernamental y esquema de financiamiento de salud contributiva representa un 75,2% del financiamiento del gasto total en salud, período 2016.

17) Conclusiones

- Los Hospitales constituyen el principal proveedor de salud por encima del 45% de participación periodos 2011-2016, seguidos de los proveedores de atención ambulatoria con una participación promedio del 27.3% y minoristas de bienes médicos alrededor del 9% (farmacias).
- El principal componente funcional del gasto es la atención curativa, esta comprende los contactos con los servicios de salud con el objetivo principal de tratar los síntomas de la enfermedad o lesión, reducir su gravedad, o para luchar contra su complicación. (47.8% ,año 2016).
- La herramienta de SCS no debe ser vista como un diagnóstico sino como un instrumento de mejora en la asignación y distribución de los recursos financieros.
- Los resultados obtenidos de la herramienta permiten identificar oportunidades para introducir eficiencias en los sistema de salud.

Introduce el señor Presidente Ejecutivo el tema en términos de que hace alrededor de 20 y 25 años, en muchos países de Latinoamérica se empezaron a desarrollar las Cuentas Nacionales de

Salud. Primero existieron las Cuentas denominadas Satélite y, después, se les modificó el nombre a Cuentas Nacionales de Salud, las cuales son cuentas macro de salud y para distintos sectores, se fueron implementando en América, actualmente, Costa Rica en la administración anterior, por ejemplo, promovió Cuentas Nacionales de Cultura oficializadas y la asignatura pendiente era el resto de sectores, pero muy especialmente y a la Caja le atañe el sector salud, el cual es un sector que, históricamente, ha sido muy ordenado en muchos temas. No obstante, en el asunto de las Cuentas Nacionales era muy desordenado, hubo una iniciativa y en su momento la condujo la Dra. Patricia Allen, pero no fructificó y cuando la Dra. López le participó como Viceministro de Salud, le encargó el asunto. Por lo que en este momento, está entregando un informe final de Cuentas Nacionales de Salud debidamente desarrollado. Para tal efecto se constituyó un Consejo Nacional de Cuentas de Salud, en el que participó en el Ministerio de Salud, entidades como el Banco Central de Costa Rica, el Ministerio de Hacienda, la Contraloría General de la República y el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC), pero esas instituciones nunca se habían involucrado en el tema. Entonces, en materia de Cuentas Nacionales, en materia financiera los registros son siempre mejorables. La Caja siempre participó intensamente porque es el gran prestador de servicios y gracias a la colaboración de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), se logró materializar ese primer informe de Cuentas Nacionales de Salud después de cuatro años de trabajo. Hace hincapié en que el trabajo se desarrolló con una metodología que cuando se incorporaron a la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE), le indicaron que era de ellos y se lo habían dado a la OMS, porque el tema proviene de Ginebra, dado que la OPS nunca se ha involucrado en materia de Cuentas Nacionales de Salud, es la OMS y es el tema que se presentará para que se oficialice el informe, pues es solo de conocimiento del informe y de la aplicación de la metodología, ya está avalado por la OMS, la OPS y por todos los actores, el Banco Central de Costa Rica, el Ministerio de Hacienda, solo falta la Caja y el Ministerio de Salud por avalar. En ese sentido, se estaría cumpliendo hoy en la Caja y el Ministerio de Salud cuando le corresponde, pues hay una publicación de por medio que ya está lista y es de la OMS. Dentro de la Caja participó la Gerencia Financiera, más bien le parece que ha sido poca la participación de la Gerencia Médica y le hubiera gustado mucho más involucramiento, pero fue la Gerencia Financiera porque es la gran contabilidad. Qué es lo útil de las Cuentas Nacionales, si se consigue identificar realmente las cascadas financieras, se podrán hacer cambios en una dirección o en otra.

Al Director Salas Chaves le parece que el tema es importante, porque ha habido varios intentos, el primero que recuerda muy serio y publicado fue el del Dr. Fernando Herrero, en aquel momento Ministro de Hacienda con el Dr. Pablo Durán de la Organización Internacional del Trabajo (OIT), él tiene el documento que publicaron y leyó completo. No obstante, no abarcó todo el ámbito de las Cuentas Nacionales de Salud, sino que fue una aproximación, pero como que el tema perdió vigencia en ese tiempo y no se volvió retomar, por ese aspecto le satisface que el tema se hay retomado.

Al respecto, al Dr. Llorca Castro le parece que el trabajo es muy loable y muy rescatable, un poco parcial y ese otro trabajo, es muy interesante y parece que es –según le informaron- Costa Rica se va a convertir en el primer país de Latinoamérica, en haber alcanzado tan profundo nivel de detalle en la Cuentas Nacionales. El cual es un aspecto que le quiere reconocer al equipo, porque no pensó que el primer informe iba a resultar tan sólido y profundo, pero lo ha reconocido

así la OPS. El Dr. Llorca les da las gracias a los funcionarios de la Gerencia Financiera, para presentar el informe de las Cuentas Nacionales de Salud, el Lic. Sergio Gómez.

Señala el Lic. Gómez Rodríguez que le satisface presentarle a esta Junta Directiva, el informe de Cuentas Nacionales en Salud de Costa Rica. El cual es como un primer ejercicio que se hizo para utilizar, una metodología en el caso de registro y que permite describir el sistema de los distintos sistemas de salud de los países, por el lado del gasto, utilizando información del gasto, porque en realidad es una metodología que desde el año 2.000 la OIT desarrolló y fue acogida por la OMS, más recientemente en el año 2011 tanto la OIT como la OMS hicieron una actualización del sistema a través del cual se realizan esos análisis. Hace hincapié en que el Dr. Llorca que desde su gestión en el Ministerio de Salud, le dio un fuerte impulso al tema, incluso, recuerda que en su primera entrevista en La Nación como Ministro de Salud, determinó la importancia de desarrollar ese sistema, el cual como tal lo que permite es realizar una serie de análisis para la toma de decisiones. En ese sentido, lo que se va a presentar es el primer esfuerzo país, para desarrollar esa metodología, inclusive, a nivel de los países de Latinoamérica, Costa Rica es uno de los primeros que han logrado implementarlo y se va a presentar algunos de los clasificadores que se derivan de esa metodología y algunos resultados que le parecen interesante y pueden servir como insumo, para la toma de decisiones. También, se debe mencionar el apoyo del Dr. Llorca desde el Ministerio de Salud y en realidad, es a nivel de país que coordina el equipo técnico que está desarrollando este tema. De parte de la Institución ha participado, igualmente, un equipo técnico y en este momento también está en la sesión el Lic. Marvin Quirós, funcionario de la Dirección de Presupuesto, aunque en este momento está en la Dirección Actuarial. Hace énfasis en que al tema a nivel institucional, se le ha dado la importante debida y se ha conformado un equipo técnico, entonces, lo importante es que también con el apoyo del Dr. Llorca como Presidente Ejecutivo de la Caja, se ha logrado institucionalizar un equipo técnico que se va a encargar, en lo sucesivo de seguir realizando esos análisis. Le da la palabra al Lic. Marvin Quirós, quien va a señalar primeramente algunos aspectos generales de la metodología y los resultados.

El Dr. Fernando Llorca le da las gracias a don Sergio Gómez y señala que, efectivamente, el equipo ha llevado tanto tiempo, por alrededor de cuatro años que ya en la posición en que empezaron ya no están, porque hay otros participantes que no están en la Institución. Además, participaron funcionarios de la Unidad de Estadística y del Área de Contabilidad.

Señala el Lic. Quirós y anota que se va a dar a conocer el informe relativo al Sistema de Cuentas Nacionales en Salud, como lo indicó don Sergio Gómez es el primer esfuerzo que hace el país, por institucionalizar toda la información, a través de una metodología conocida como el "SHA". Muestra el contenido de la presentación y refiere que el Sistema de Cuentas Nacionales en Salud, es una metodología estándar en salud, observada desde la parte de consumo. Además, permite describir los flujos financieros, en este caso diseñados a la producción de bienes y servicios y utilizados en la prestación de los servicios de salud. Se miden siguiendo las normas de contabilidad estandarizadas y recopila información presupuestaria para la elaboración de las Cuentas. Por otra parte, de las Cuentas Nacionales se obtiene información importante para la toma de decisiones del Sistema de Salud, que contribuyen al diseño de políticas públicas en materia de salud. Tres dimensiones que maneja lo que es el Sistema de Cuentas, se observa que desde el punto de vista de consumo, provisión y financiamiento, los cuales se clasifican o se dividen en siete clasificadores: Plan de Ingresos, Ingresos, Esquemas y Agentes. Además, por parte de la provisión otros tres clasificadores: Capital, Provisión y Proveedores, propiamente y

el último el de funciones. Ellos responden a las siguientes preguntas, serían: Qué tipo de servicios y bienes se consumen, qué proveedores de salud producen esos bienes y servicios y qué esquemas de financiamiento pagan por esos bienes y servicios. Al final el último objetivo es la actividad y, también, una protección de riesgo financiero.

En cuanto a una inquietud del Director Devandas Brenes pues no se indican cantidades, es decir, no cuantifican, indica el Lic. Quirós que luego se presentará cómo se construye esas Cuentas, pues se confunde con una recopilación de datos, pero es una metodología ya estandarizada y al final de cuentas, viene a identificar las diferentes líneas de gasto. Continúa y anota por qué es importante para Costa Rica el Sistema de Cuentas Nacionales en Salud, como se indicó es una información importante y contribuye a la generación de encuesta pública, mide el nivel adecuado del gasto, se puede observar la estructura y la composición, así como tendencias y direcciones. También mejora la eficiencia y eficacia, en el caso la distribución y asignación de recursos, sirve como parámetro para la rendición de cuentas. Además, sirve como referencia para la comparabilidad internacional y, también, es porque es un requisito de la OCDE. Presenta un párrafo de lo que indica la Organización Mundial de la Salud, respecto del Sistema de Cuentas Nacionales de Salud, indica: “es una herramienta diseñada para suministrar información al proceso, diseño e instrumentalización de las políticas, hasta el diálogo político, así como el monitoreo y la evaluación de las intervenciones de atención a la salud”. Conociendo que no es una metodología la recopilación de información, sino una metodología para estandarizada para clasificar el gasto en siete clasificadores, tanto en corrientes como en capital qué es lo que ha hecho el país en el transcurso del año, en el caso del año 1993 al año 2018. En el año 1993 se dio el primer intento de fuentes nacionales en salud, a través de la metodología y fuente satélite. En el año 2001, se hizo un Estudio Nacional denominado: “Gasto del Sector Salud de Costa Rica haciendo un acercamiento a las Cuentas Nacionales”, pero no funcionó porque se hicieron esfuerzos aislados, no hubo personas que lograran promover una institucionalidad y se lograra identificar el gasto correctamente. En el año 2015, el Ministerio de Salud dado el apoyo del Exministro de Salud Dr. Fernando Llorca, conformó un equipo técnico, en este caso a nivel de la Caja y ese aspecto ya se mencionó, el grupo se conformó por funcionarios de la Dirección de Presupuesto, del Área de Contabilidad y la Unidad de Estadística. Además, se conformó el Consejo Nacional de Cuentas Nacionales en Salud y ahí hay varias instituciones, está la Universidad de Costa Rica (UCR), el Banco Central de Costa Rica (BCCR), la Superintendencia General de Seguros (SUGESE), también, las Municipalidades y la Caja y el Ministerio de Salud, entre otros. El tema de las Cuentas Nacionales de Salud fue producto de un Decreto Ejecutivo, es decir, el Consejo Nacional de Cuentas en Salud, como un Ente que asesore, que financie, vele por la economía y las Cuentas en Salud. Una vez conformado el equipo de trabajo, el Consejo y la adopción de la metodología se trabajó en el año 2013 con varias instituciones, en este caso la Caja, realmente, con la información de la Caja. Entonces, se hizo el primer intento de tratar de recopilar esa información y clasificarla en los siete clasificadores que hay, en la metodología “SHA”, se hizo una réplica en el año 2017 con la información de los años 2011, 2014, 2015 y 2016 y hoy se está presentando el primer informe, el cual tiene un objetivo más objetivo que analítico. Se espera que después de esas sesiones se pueda seguir materializando y sea importante para la toma de decisiones a nivel de país y de la Caja. En cuanto a los principales resultados, lo cual es lo que más interesa conocer en ese aspecto, se observa el gasto total en salud, sin embargo, la metodología excluye ciertos componentes del gasto, por ejemplo, las incapacidades y subsidios, los intereses y los desembolsos. Muestra que está compuesto por gasto corriente, capital, por ejemplo, el gasto de dos billones cuatrocientos veintidós millones de colones, es el

gasto total en salud, tanto de la Caja como del Instituto Nacional de Seguros (INS), como lo que resulta del gasto de bolsillo por parte de los hogares, el Ministerio de Salud a través de diferentes Programas. Se podrá indicar que los dos billones cuatrocientos veintidós millones de colones, tiene un crecimiento de 2.9% en comparación al año 2015 y la inflación fue de 0.77%, entonces, se está por encima de un difícil inflacionario. Además, del año 2011 al año 2016 se crece alrededor de un 35.7% el cual se compone de un 76% en gasto pública, ese gasto total en salud, lo cual se refleja con un millón ochocientos cuarenta y tres mil millones de colones y el gasto privado con un monto de quinientos setenta y nueve mil millones de colones.

Interviene el Dr. Devandas Brenes y pregunta respecto del gasto público total en salud.

El Lic. Gómez Rodríguez aclara que es el gasto público del Gobierno total, en este caso el gasto en salud, representa alrededor de un 21%. El gasto total que realiza el sector público es un 20% se invierte en salud.

Respecto de una pregunta del Dr. Devandas Brenes indica el Lic. Marvin Quirós que el estudio se hizo a partir del año 2011 al año 2016 y en este caso, el gasto total en salud en relación con el gasto en salud es de un 7.8%, según la meta estratégica regional de salud universal, es un 6%. En ese sentido, se está por encima, pero por debajo de lo que establece los países integrantes de OCDE, el cual es un 9%. En ese sentido, Costa Rica está entre los países de ingresos medios, pero por debajo de los países que conforman la OCDE, por ejemplo, Alemania, España e Italia, pues son países referenciales. En un cuadro que presenta indica que significa que el gasto per cápita en colones, es de cuatrocientos noventa y cinco mil colones, es un monto muy por debajo de la OCDE, pues triplica el gasto por alrededor de cuatro mil dólares por años. Según las estadísticas la población era de alrededor de 4.890.000 personas.

El Dr. Devandas Brenes llama la atención que el gasto privado es de quinientos setenta y nueve mil ciento cuarenta y cuatro colones per cápita.

Al respecto, indica el Lic. Quirós que el gasto va a presentar una tendencia al alza, en la parte de gasto privado. No obstante, per cápita significa que son novecientos dólares, gastados en el país la persona, independientemente, de que haya acudido a la Caja, a un consultorio privado o un seguro privado. Resalta que muchos países Latinoamericanos en este caso, el gasto total en salud en Costa Rica, en el año 2015 fue de alrededor de un 8% del Producto Interno Bruto (PID) y la meta estratégica de universalidad en salud es de un 6.48%. Muestra un resultado principal en lo que es gasto en salud, según actor institucional se puede demostrar, pues se conoce que la Caja es el principal proveedor de la atención en salud, por lo tanto la tendencia del año 2011 al año 2016 es de alrededor de un 67% en promedio y se observa un 68%, 67%, 69%, se va creciendo en el gasto. No obstante, se destaca que mucho de ese porcentaje, ha sido impulsado por las transferencias del Gobierno Central y pago de deuda, ha hecho que el porcentaje participativo, por ejemplo, se podrían cuestionar de por qué en los hogares, ha presentado una tendencia a la baja y se está observando que el porcentaje o el monto es significativo quinientos setenta y nueve mil millones de colones. Repite, pero se debe a las transferencias del Gobierno y el pago de la deuda, por lo cual se ha venido incrementando el porcentaje participativo y hace que se observe en menor crecimiento del gasto del bolsillo, en términos nominales ha ido creciendo en mayor volumen de lo que normalmente ingresa a la Caja.

Adiciona el Dr. Llorca que en cuanto a seguros privados ha venido creciente y es un aspecto muy importante y en el año 2016, ya se empieza a observar cantidades significativas, porque anteriormente no se lograban observar.

Al respecto, indica el Lic. Quirós que las cifras eran de alrededor de un 0.1%, un 0.2% y en este momento es un 0.6%, o la oferta de demanda de esos seguros privados. Hace una observación el seguro privado, va a la parte de seguros privados y a la parte de inmobiliaria del INS va mezclado. Entonces, con la parte aseguradas privadas el gasto se incrementa en un 1%, porque en el gráfico se observa una franja naranja y es obligatoria el aseguramiento del INS con un 4% de participación. Indica que la línea que se presenta de color azul, es el gasto per cápita que para el año 2016 era de alrededor de ciento seis mil colones por persona, porque se divide el gasto entre toda la población y es promediado y son ciento seis mil colones per cápita, pero el 89.6% representa el gasto de bolsillo, en comparación al gasto privado total. El 10% restante obedece a las primas de seguros voluntarios, es decir, la diferencia. El gasto se ha ido incrementando y se produce un efecto inverso.

Interviene el Lic. Sergio Gómez y adiciona que en términos absolutos el gasto de bolsillo, se ha ido incrementando y se en la línea color naranja se observa que existe una leve tendencia a la disminución, porque hay más personas que prefieren asegurarse a través de una aseguradora que ir directamente a pagar un consultorio. Sin embargo, no deja de ser importante en términos absolutos, entonces, cuando se presente la información en términos porcentuales se mantiene constante.

Continúa el Lic. Quirós y presenta un gráfico que relaciona el gasto como total en salud, en el cual el gasto de Costa Rica está representado en un 21.4% del gasto total, por encima de los países de la OCDE pues gastan alrededor de un 20.1% y ese aspecto es importante para ser considerado.

En cuanto a una inquietud, pues el gasto privado en salud se ha incrementado significativamente, el Lic. Sergio Gómez recuerda lo que se ha comentado del riesgo que significa para el mismo sistema de la Caja, que se cuestione el tema de la solidaridad, del sistema y aspectos de esa naturaleza, pues son riesgos que se podrían generar.

La Directora López Núñez llama la atención porque el gasto per cápita en Costa Rica, está por encima del de Estados Unidos.

Señala el Lic. Quirós que esos datos fueron tomados de la OCDE.

Abona el Dr. Llorca Castro que el costo de los servicios en Costa Rica es muy elevado, pero es altamente eficiente y está reflejado muy bien en la información. Respecto de una consulta que hace la Dra. López Núñez, señala que en esos países probablemente tengan un elevado aseguramiento por seguros privados, entonces, se reduce el gasto de bolsillo, porque hay una tendencia y es muy importante, porque al final saca a relucir su pasado trabajado asegurador. El seguro privado empuja los precios hacia abajo, porque introduce presión sobre los proveedores e introduce eficiencia en el sistema, por ejemplo, en Francia un médico de familia, puede ganar en el sector privado, por ejemplo, sesenta o setenta Euros de consulta, pero la aseguradora le parará, por ejemplo, doce, catorce y dieciséis Euros, entonces, empuja los precios hacia abajo por

volumen. En Estados Unidos se piensa que también y es la explicación. Hay un aspecto y le indica a la Dra. López que queda pendiente presentar, qué tanto de ese gasto de bolsillo es realmente, “trágico” para las familias. Probablemente, esa situación cambiaría un poco ese mix, pero Costa Rica está resultando mal casi en todos los aspectos y nunca se había evidenciado bien.

Abona el Lic. Rodríguez que el gasto de bolsillo contempla los costos de la compra de medicamentos en las farmacias.

Continúa el Dr. Fernando Llorca y anota que ese dato es muy importante, porque evidencia un fracaso del Sistema de Seguros en Costa Rica público y privado. Hace hincapié en que es lamentable lo que está indicando, repite, es un fracaso del Sistema de Aseguramiento público y privado, precisamente, por aspectos como lo que se estuvo discutiendo temprano, se tienen grupos de población sin aseguramiento descomunales que se ven obligadas a buscar por sus medios, los servicios de salud que requiere. Además, un mercado de seguros privados todavía poco desarrollado, entonces, son los dos fracasos.

El Director Guzmán Stein indica que tiene una duda, por ejemplo, tiene un seguro INS, Medical es un seguro voluntario, cuando uno va a la farmacia a comprar sus medicamentos, paga directamente y, luego, se le reintegra una parte de lo que pagó, un 80% de lo que pagó. Qué es lo que sucede cómo se va a recoger esa información, porque podría ser que hay una duda de que se está cargando tanto y no necesariamente sea del bolsillo, que se está retribuyendo después una parte. Pregunta cómo se hace para conocer esa parte.

Señala el Lic. Quirós que en el gráfico se logra visualizar, en seguros privados donde se está recaudando esa parte de aseguramiento que el Dr. Guzmán indica, es decir, la persona paga el seguro y, después, va obtiene el medicamento a la farmacia y, luego, se corrige la situación.

Pregunta el Dr. Guzmán Stein si es una doble contabilidad.

Sobre el particular, señala el Dr. Llorca que es una buena pregunta, porque fue el gran debate que se tuvo durante mucho tiempo. Le indica a don Pablo que pueden haber errores, pero se trató de que la información no quedara registrada dos veces. El mismo sistema impide que se genere un doble registro. Ahora bien, quiere indicar la metodología de aseguramiento de reembolso, es pobremente efectiva como seguro, porque al final se paga el 100% de los medicamento, lo que se le reembolsa a la persona, por ejemplo, puede ser el monto total o una fracción, entonces, se termina pagando un pago de un 20% ó 30%, entonces, la farmacia se lo cobró a precio de oro y a la aseguradora también, es lo que quiere señalar, no es tanto, exactamente, al final se va a dar cuenta la persona que en esas devoluciones de reembolso la están pagando las personas. Lo ideal de los seguros reales donde se tiene que lidiar por riesgos, es decir, se paga una prima y la prima cubre una gran cantidad de situaciones, inclusive, la persona se puede exceder pero pagando esa prima en consumo. Ahí es donde se determinan útiles y beneficios los seguros de riesgo.

Señala el Lic. Quirós que como lo indicó el Dr. Llorca se hace una depuración de la información y no se produce una doble contabilización de los datos que quedan registrados, igual se hace con la parte de transferencias, la parte de cotización, con la parte del INS. Se determina la consistencia de los datos, lo cual fue un respaldo de información. En cuanto a la parte de bienes médicos, la cual es la parte de farmacia son 45.9% del gasto y la parte de atención curativa, en

este caso por internamiento especializado general un 44.9, en ese sentido, los ciudadanos que tienen mayor ingreso. En relación con los servicios auxiliares un 8.4% que obedece a los servicios de laboratorio.

Interviene el Director Salas Chaves y anota que producto de la información, observa que está creciendo la atención a domicilio privada, por ejemplo, en la Clínica Bíblica a una persona la operan hoy para salir rápidamente en la noche, le envían una persona que los asista en la casa, pues va a cuidar la postectomía. Entonces, esa persona se queda dos noches y están en coordinación con los especialistas y tienen un grupo de personas especializadas que van a la casa del paciente, a realizar el proceso que se haría si la persona estuviera internada, porque el costo de la hospitalización es tan elevado que la persona prefiere regresar a la casa. No obstante, esas personas tampoco son de un bajo precio. Por ejemplo, una persona egresa hoy de la Sala de Cuidados Intensivos de un hospital y lo colocan en la cama, por lo que esa persona no se puede ir para la casa. Entonces, se contrata un Enfermero o un Auxiliar de Enfermería para que le realice todos los procesos que requiere, porque las personas no conocen, por ejemplo, cómo manejar las sondas, las colostomías, por lo que las personas mientras aprende, se contrata a una persona. Conoce que en Francia al paciente, le envían a la casa el técnico del Seguro Social, hasta que la familia aprenda porque en la casa no se queda ninguna persona, todas trabajan y alguien lo tiene que hacer.

Por su parte, la Directora Abarca Jiménez le indica a don Álvaro Salas que estuvo en un hospital de Día y es muy interesante, porque es una situación parecida pero distinta porque lo que hacen es que los pacientes, los cuales están internados y ocupando una cama, pero no ocupan constantemente un tratamiento, sino que ocupan que le coloquen el antibiótico, por ejemplo. Entonces, en un consultorio, relativamente pequeño donde hay un médico y una enfermera, el paciente ingresa referido, pero en la noche se va para la casa, lo atiende la familia, le da de comer y en la mañana regresa para que le apliquen el tratamiento. Considera que es un mecanismo parecido y lo consideró extraordinario.

Continúa el Lic. Quirós y anota que otro clasificador es el actor que recauda por la prestación de bienes y servicios, en este caso denomínese el Ministerio de Salud y la Caja de Seguro Social. Según la clasificación hay cuatro grandes grupos, agentes de seguro social que es donde está ubicada la Caja, cuyo mayor aporte es la contribución, tiene una tendencia a la baja 64.1%, hace referencia a cómo va disminuyendo las contribuciones y se excluye, la parte de la venta de servicios médicos asistenciales.

Pregunta don Mario Devandas pues no concuerda con los datos, con la información de los ingresos de la Caja -porque si no le falla la memoria-, lo que aportaba el Estado como un todo es de alrededor de un 30% de los ingresos totales de la Caja.

Responde el Lic. Gómez que si consideran los ingresos de la Caja como un todo, es alrededor de un 78% de los ingresos del Seguro de Salud, producto de contribuciones.

Señala el Director Devandas Brenes que el 71% en relación con el 64.1%, es decir, la Caja aporta el 64%, pero todavía hay cuotas del Estado.

Al respecto, indica el Lic. Sergio Gómez que las transferencias del Gobierno están separadas, en este caso.

Aclara el Dr. Llorca Castro que ese aporte que se representa de color amarillo de Gobierno Central, incluye las transferencias.

Indica el Lic. Quirós que el 7.2% que son ingresos producto de la Ley del Tabaco y por pacientes de Fase Terminal, la Ley de Indigentes, la cuota estatal está incluido en el 74.1%, son las contribuciones y los trabajadores independientes.

Aclara el Lic. Quirós que la parte del Gobierno Central son las transferencias corrientes y específicas, por ejemplo, el Ministerio de Salud tiene los programas y la transferencia para la Caja la parte de asegurados por el Estado, dado que los ingresos están contemplados dentro del 7.1%, cuyo monto es de alrededor de treinta y cinco mil millones de colones anuales y en transferencias especiales alrededor de dieciocho mil millones de colones, entonces, si se compara con 1.9 millones de colones, pues el Estado ha venido participando en ese aspecto.

Señala el Dr. Llorca Castro que, entonces, sí está el aporte del Estado en el gráfico que está de color amarillo y están el tema de la adscripción, por ejemplo, el aseguramiento del Estado por los prisioneros del Sistema Penitenciario.

El Dr. Salas Chaves refiere que en color celeste grisáceo, arriba comenzó en 3.9% y terminó en 6.6% y compañías de Seguros Comerciales cómo vienen creciendo.

Adiciona el Dr. Llorca Castro que el INS está contemplado en el gráfico.

Aclara el Lic. Quirós que también se observa el incremento o el impulso que tienen las aseguradoras, ahí se va incrementando el porcentaje de participación en un 22.2%, pero se asocia el servicio médico de retén de la Caja, los médicos de trabaja. Por ejemplo, si un estadístico analiza un gráfico corto, podría pensar por qué 21% y algo y por qué un 22% en otro dato, es porque es una inyección que ahí hace la Caja y se tiene que identificar en ese concepto. Continúa y anota que el siguiente gráfico lo que muestra es el clasificador del proveedor, prestación del servicio y están contemplados los hospitales nacionales, los periféricos, el cual es un porcentaje de participación promedio por alrededor de un 47%, siendo para el año 2016 un 48.4% respaldando lo que se observó en el clasificador de lo que es la atención curativa, entonces, el mayor porcentaje en esa línea. Los proveedores de atención ambulatoria se tienen la parte de las áreas de salud, como un todo y cumplir lo que son los consultores de especialidades creadas en forma general. Además, la parte odontológica, se tiene que el promedio es de alrededor de un 27% en promedio la participación y para el año 2016 un 26.8%. La parte de proveedores de financiamiento obedece al aporte y el gasto que se genera en Sucursales y Direcciones Médicas en este caso, en el año 2016 se refleja un porcentaje de 10.4%. En relación con la parte de bienes médicos obedece a lo que son las ópticas y las farmacias y el porcentaje es de 9.1% y otros proveedores.

En cuanto a una consulta del Director Devandas Brenes respecto de otros proveedores de atención ambulatoria, señala el Lic. Quirós que es todo el gasto que se genera en las áreas de

salud, incluida, la consulta externa y contempla, también, los servicios públicos y privados, porque es a nivel de proveedor.

El Dr. Llorca Castro reconoce que la Caja ha hecho un esfuerzo por compensar la inversión y cree que el año pasado, fue el primer año en que se invirtió casi el mismo monto en hospital que en las áreas de salud y en el Segundo Nivel de Atención. En ese sentido, le parece que estaba muy parecido, pero ha sido un aspecto de un año. Históricamente, es un desbalance igual porque el que inclina sobre todo es la Caja, pero cuidado se tiene que preocupar si la consulta en el sector privada esté igual, porque es un “modus operandi” y habría que analizarlo. Repite, es un modelo de comportamiento de financiamiento muy parecido, en la parte pública y privada.

Continúa y anota el Lic. Quirós que el 10% se invierte en consultas odontológicas y las partes de especialidades. Hay un clasificador que lo que recoge es la agrupación de los bienes y servicios consumidos, atención curativa en este caso la mayor parte del proveedor es el hospital, con un 47.8%, la parte de bienes médicos un 16.6%, en ese porcentaje se hace referencia a la parte de farmacia, por la compra de medicamentos. Atención preventiva todo el gasto que se genera en las áreas de salud con un 14.8%. En gobernanza y administración se destinó un porcentaje de un 8%, sin embargo, lo que hacen las Cuentas Nacionales en Salud, es integrar todos los gastos de las instituciones, entonces, ese porcentaje se va a incrementar, porque se tiene la parte del INS, del Ministerio de Salud y la Caja. En cuanto a servicios auxiliares de laboratorio un 8.5% y otros servicios, la parte de la rehabilitación y el último clasificador es la parte factores de provisión.

El Dr. Devandas Brenes anota que esa parte es muy importante, atención curativa un 48% y la atención preventiva solo un 15% y manifiesta su preocupación, porque no es proporcional al gasto curativo. Comenta que tuvo una reunión en la Universidad con pensionados, había alrededor de 200 y él preguntó, de las personas pensionadas quiénes han ido a los servicios de odontología el último año y respondieron todos y, además, preguntó cuántos recibieron atención en la Caja y respondieron como dos. Lo anterior, porque los servicios de odontología son muy elementales los que presta la Caja, entonces, conversando de envejecimiento estima que existe un problema significativo, porque es un servicio al que hay que darle un esfuerzo mayor.

El Dr. Salas Chaves manifiesta su preocupación, por la concentración del gasto en la atención curativa.

En cuanto a los otros servicios, indica el Dr. Llorca Castro que contemplan los servicios de rehabilitación, porque una rehabilitación mal llevada genera más gasto en curación. Además, está el tema de las prótesis.

Señala el Dr. Guzmán Stein que, por ejemplo, al INS al Hospital de Trauma ingresan los pacientes, por una situación de una operación o un problema de una ruptura de ligamento, entonces, le indican a la persona en este momento no se va a operar, inmediatamente, sino que se le tiene que realizar un TAC y tal vez en un mes le dan la cita para rehabilitación. Recuerda el Dr. Guzmán que en el pasado una ruptura de ligamento, lo que se le hacía a la persona era una terapia hasta que estuviera bien. No obstante, la cita si acaso al mes se le da, pero en ese momento ya no es necesario y es un problema.

Prosigue el Lic. Quirós y anota que en el estudio están contempladas, todas las instituciones que brindan prestación de los servicios de salud, para un gasto de un millón doscientos treinta y cinco mil millones de colones. En cuanto a material y suministros un porcentaje de participación de 46.7% y representan un billón cero noventa y cinco mil millones de colones y otras partes de gastos un 0.6%, por un gasto de alrededor de catorce mil millones de colones. Destaca que en ese rubro hay una gran parte de las pólizas o seguros que maneja la Caja, es un monto significativo. Presenta los principales resultados a nivel macro que se podía haber hecho un ejercicio más enriquecedor, pero por el tiempo y demás, no se pudo desintegrar más la información.

Pregunta el Dr. Salas Chaves respecto de un rubro denominado remuneraciones a asalariados, se indica 52.7% qué significa.

Indica el Lic. Quirós que representa el porcentaje de gasto total en salarios para todo el país.

Continúa don Álvaro Salas y anota que habría que comparar ese gasto con los otros, porque en la Caja es de alrededor de un 70%.

Al respecto, indica el Lic. Gómez Rodríguez que es un 65%, aunque en algún momento el porcentaje del gasto se tuvo en la Institución en un 68%, se ha venido disminuyendo y, repite, en este momento está en 65%.

El señor Presidente Ejecutivo indica que es una observación muy buena.

Continúa el Lic. Quirós con la presentación y anota que en cuanto a las conclusiones, se tiene que el gasto del año 2015 en relación con el PIB, es de alrededor de un 8% por encima de los países de ingresos medios y bajos y, también, a nivel regional con un porcentaje de un 6.48% en relación con la OCDE que es un 9%. El gasto de hogares representa un 21.4% del gasto total de salud, por encima de lo que es el gasto de los países de la OCDE, es alrededor de un 20.1%. El principal agente del financiamiento sigue siendo la Gerencia de Seguro Social, en este caso la Caja, a través de las contribuciones y el aporte que da el Estado, por trabajadores independientes y asegurados por el Estado. En el año 2016, se observa que esa Agencia representa un 64.1% y en los hogares un 22.2% y el esquema gubernamental, es el esquema de planeamiento de salud contributiva que representa alrededor de un 75%. En ese esquema está en cuenta la Caja y se observa que la parte hospitalaria, es el principal proveedor de servicios de salud y se determina en alrededor de un 45% de participación, seguido de los proveedores de atención ambulatoria, con un porcentaje de 27.3% y la parte de bienes médicos, se indicó que es la parte de farmacia y ópticas alrededor de un 9%. El principal componente de gasto como se observó fue un 47.8%, era la atención curativa y lo que pretende, es tratar los síntomas de enfermedades y reducir su gravedad o lucha contra su complicación y la herramienta. Hay dos observaciones muy importantes por destacar, es que el Sistema de Cuentas en Salud no debe ser determinado como un diagnóstico, sino como un instrumento de mejora, en la mejora de asignación y distribución de recursos financieros y la otra, es que los resultados obtenidos, permiten identificar oportunidades para introducir eficiencias en el sistema de salud. Esta información genera o contribuye al diseño de nuevas políticas en esa materia.

Señala el señor Presidente Ejecutivo que el tema cree que hay dos oportunidades, primero recalcar que el estudio no es un diagnóstico más, porque se está llenos de diagnósticos, debe ser

un indicador que se convierte, se incorpore y, realmente, se logre utilizar como herramienta. Señala que aquí se presentaron las cifras más groseras, pero se puede desagregar hasta un punto considerable. Menciona que él comentó que en el caso de Costa Rica se llegó a un punto, bastante depurado a la par de los ejercicios que se han realizado en otros países de Latinoamérica. Ese aspecto le parece que es digno de reconocer para el equipo técnico y los felicita, porque ha sido un trabajado significativo. Dentro de los aspectos rescatables es la posibilidad que se comparen con otros países en este campo con una metodología igual. Ese aspecto es invaluable porque insiste la metodología, originalmente, fue diseñada por la OCDE y adoptada por la OMS y trasladada por la OPS a Costa Rica. El grupo de trabajo hizo un esfuerzo y la mayoría de las instituciones, adicional a las funciones que habitualmente tienen. En ese sentido, quiere rescatar la necesidad de que si se desea que se convierta en un ejercicio permanente, se deberían de dedicar recursos permanentemente para tal efecto. Ese aspecto lo recalca sobre todo las direcciones involucradas tuvieron que destinar recursos y ese fue el primer problema que tuvo que solucionar, para que las jefaturas les permitieran trabajar en el tema; pero los tuvo que convocar por decreto presidencial, así el tema y lo mismo sucede con el resto de instituciones. Sin embargo, una carga significativa fue la de la Caja. El Dr. Llorca les da las gracias los encargados de realizar el trabajo.

Al Director Devandas Brenes le parece que es importante que se publicara el informe, porque contiene una información muy valiosa y le gustó el tema. Considera que el estudio es muy oportuno para diversas áreas, entonces, se haga el análisis también de esos datos, para que determinen qué conclusiones obtienen como especialistas, por ejemplo, está pensando en directores médicos o personas del área de prestación de servicios y otros, con la finalidad de que una vez que se realice ese análisis, se hagan algunas sesiones más amplias con funcionarios de la Caja, para analizar el estudio. Lo anterior, por cuanto en algunas oportunidades se ha hecho referencia del tema de gestión, dado que son indicadores y de ese estudio se podría tomar información que podría generar el EDUS, para planificación estratégica, pero le parece que no sería prudente como indicar, bueno muchas gracias y el estudio se queda sin gestión. En esos términos, sugiere que se podría tomar un acuerdo. No conoce si es el camino correcto y estima que antes de convocar a una reunión grande, los especialistas deberían discutir el informe, analizarlo y concluir y, luego, en una reunión grande, presentar y estimular un debate al interior de la Institución con esos datos. Es su reacción después de observar cómo se presentó el trabajo. Pide si se le puede enviar para estudiarlo más a fondo.

El Dr. Llorca contesta algunas preguntas que ha hecho don Mario, en términos de que hay un documento oficial por todas las instituciones, ese aspecto es muy importante porque es oficial, inclusive, internacionalmente y se estaría publicando, esencialmente del Sector Salud – Ministerio de Salud, Caja, OMS y OPS-. Ese informe oficialmente ingresa en la corriente de los investigadores, cuando empiezan a analizarlo y a comparar Costa Rica con todos los sistemas y se empiezan a generarse, una serie de publicaciones internacionales y él lo va a indicar con absoluta claridad. Si se tiene suerte en Costa Rica se enteran, porque en el país no se enteran de lo que se investiga respecto de Costa Rica y es una realidad lamentable. Una oportunidad de ingresar a la OCDE es esa, pues ingresa en la dinámica. Ahora bien, el informe lo primero que hay que hacer es recibirlo, oficializarlo dentro de la Institución y empezar a circularlo, para pedir productos de distinta naturaleza y está de acuerdo. Segundo, se debería declarar las Cuentas de Salud una prioridad de la Institución y se ejecuten y se actualicen todos los años y, además, destinar los recursos para tal efecto. Después, a lo mejor hay oportunidades, puntualmente, y le

indica a don Mario darle un mejor uso al informe como tal. Insiste el informe en todo su detalle es enorme y debe ser aprovechado porque está cargado de oportunidades que están evidenciadas. Un comentario muy general, con el informe se empieza a determinar que la Institución no está sola, no conoce si a los señores Directores les quedó esa sensación, la Caja no está sola pues se cree que la Institución todo lo hace, todo lo debe y todo lo puede y no es cierto, la Institución no está sola en la prestación de servicios de salud de este país. Él lo comenta como Exministro de Salud, cualquier situación que acontece lo que sucede en el sector privado le repercute a la Institución y en serio. En esos términos, ese análisis de esa repercusión del sector privado de los seguros privados no se hace dentro de la Institución, en la Caja se continua, por ejemplo, observando para dentro y no se hace, no se conoce qué efectos tienen esos consultorios, la mayoría son mixtos donde son los propios médicos de la Caja los que trabajan y hay una gran cantidad de información que se puede extraer del informe, información significativa e interminable, la cantidad de conclusiones profundas que se podrían extraer. Por ejemplo, el papel del INS y empezar a investigar y a descubrir información y hay que sacarle provecho, es un instrumento utilizándolo se puede obtener beneficios, porque no es un diagnóstico más y ha insistido en ese aspecto. Hay un discurso de que para qué tantos diagnósticos, el informe se tiene que aplicar.

El Director Guzmán Stein se refiere al informe desde el punto de vista de que en un futuro, cuando se pueda actualizar, le gustaría tener el informe por escrito. Por otra parte, recuerda a don Fernando Llorca cuando fue Ministro de Salud, ir al Colegio de Médicos, lo invitaron a un foro de especialidades y uno de los aspectos que recuerda, fue que don Fernando estuvo advirtiendo en que si no hacían acciones, se iban a tener problemas y, lamentablemente, lo que se tiene que hacer es pensar en Costa Rica, no en el propio beneficio de las personas, sino en el país y en la población de Costa Rica. Entonces, le parece que es el momento y se tiene que pensar muy bien, en que a la Caja hay que apoyarla y ayudarla, pero también la Institución no está sola en otras actividades, como lo indicó don Fernando porque existen otras instituciones.

Señala el Dr. Llorca Castro que, probablemente, los acuerdos propuestos sean los tres: oficializar el informe en la Institución. El segundo punto, él lo declararía que el tema de las Cuentas Nacionales en Salud de interés institucional y el informe se efectúe todos los años y se destine recursos para tal efecto. Tercero, lo que indicó don Mario, distribuir el informe de una forma estratégica, de tal forma que se generen análisis y a lo mejor propuestas de oportunidad de mejora producto de ese análisis y a quiénes, él lo distribuiría a todas las Gerencias, pues hay información para insumo en distintos temas, por ejemplo, en la sostenibilidad financiera del Seguro de Salud para el plan. Lo anterior, por cuanto es una fotografía más, es otro ángulo un poco más de afuera de la Caja pero tiene mucho de adentro. En todo caso se tiene desagregada la información del Primer Nivel de Atención de la Caja, del Segundo Nivel de Atención, porque le parece que los funcionarios están interesados. Piensa que la publicación va a quedar bonita, la está editando la OPS, es un informe típico de la OPS y, usualmente, son atractivos y fáciles de leer. Se le informó que al principio se van a imprimir 25 volúmenes, porque al final son documentos PDF al final, no son documentos impresos.

Adiciona el Lic. Gómez que la publicación ha recaído en el Ministerio de Salud, pero se tiene que reconocer el apoyo de la OPS, en esa parte de logística sino en la parte de capacitación y metodología, pues siempre estuvieron acompañándolos. No obstante, en la descripción y elaboración del informe, hubo los primeros intentos que como lo indicó el Lic. Marvin Quirós, es

el primer informe de un esfuerzo de muchas horas, básicamente, es un informe descriptivo con los principales resultados, pero sí ya hubo los primeros intentos en la elaboración del informe y se participó a funcionarios de la Unidad de Estadísticas, de la Dirección Actuarial y de la Dirección de Compras para, justamente, tratar de derivar algunas conclusiones y asociarlas a datos propios de la realidad de la prestación de los servicios de la Institución, pero hace falta mucho camino por recorrer para propósitos de análisis que se conoce y va en la línea de lo que se plantea que sirva, más que un diagnóstico e insumo para la guía y recomendaciones a nivel institucional y de todo el país.

El Dr. Llorca pide que los acuerdo se voten y se votan en firme.

Por consiguiente, de acuerdo con la presentación de los **Informes cuentas nacionales de salud SE ACUERDA:**

1. Oficializar el Informe de Cuentas Nacionales de Salud.
2. Declarar de Interés Institucional que se efectúe todos los años y se destinen los recursos para tal efecto.
3. Distribuir el informe estratégico que se genere análisis y propuesta de oportunidades de mejora a todas las Gerencias.

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

Se retiran del salón de sesiones los licenciados Sergio Gómez Rodríguez, Director de Presupuesto y Marvin Quirós, funcionario de la Gerencia Financiera, actualmente en la Dirección de Actuarial.

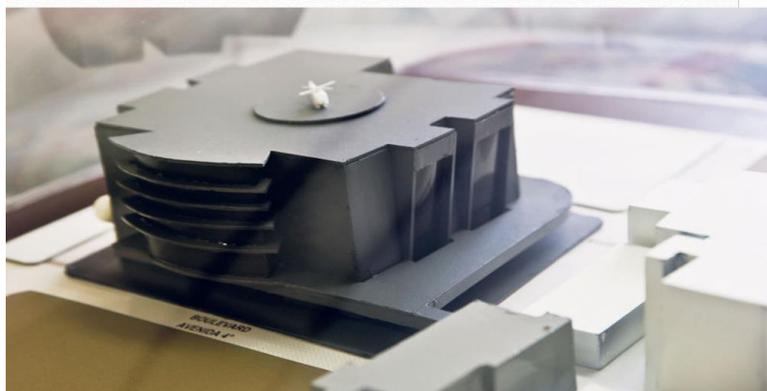
Ingresan al salón de sesiones los señores Ing. Jorge Granados Soto, Gerente de Infraestructura y Tecnologías a.i., Dra. Liza Vásquez, Coordinadora Gerencia Médica, Lic. Wven Porras, Gerencia Médica y Dra. Ileana Balmaceda Arias, Directora Médica del Hospital San Juan de Dios.

ARTICULO 9°

Se tiene a la vista el oficio número GM-AJD-9735-2018, de fecha 27 de julio del 2018, firmado por la doctora Liza Vásquez Umaña, Coordinadora, Jefe de Despacho de la Gerencia Médica y refiere al proyecto Torre Quirúrgica del Hospital San Juan de Dios:

- 1)

HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS



TORRE QUIRÚRGICA Y PROYECTO EMERGENCIAS

2)



RESUMEN EJECUTIVO

La propuesta busca el ajuste al financiamiento aprobado y requerido para cumplir con el alcance original, según el acuerdo de la sesión 8871, artículo 30 de octubre de 2016, del proyecto Torre Hospital San Juan de Dios en el que estaban incluidos:



Unidad de Quemados y Gineco-Obstetricia, Neonatología, Quirófanos de Gineco-Obstetricia, Camas de Recuperación de Gineco-Obstetricia.

3)



ANTECEDENTES

1. Acuerdo de Junta Directiva artículo 30, sesión 8871, octubre 2016, aprobación del alcance del proyecto:

1. Dar por recibido el informe sobre redimensionamiento del proyecto de Torre Quirúrgica para el Hospital San Juan de Dios.

2. Aprobar la Propuesta de Desarrollo del Recurso Físico del Hospital San Juan de Dios, según las etapas correspondientes al Servicio de Radioterapia, Servicio de Urgencias, en los términos contenidos en el referido oficio número GM-SJD-20670-16/GIT-4687-2016 y anexos, que forma parte de la correspondencia del acta de esta sesión. Asimismo, se instruye a la Gerencia Médica y Gerencia de Infraestructura y Tecnologías para que continúen con el análisis que corresponda para la propuesta del Servicio de Hematooncológica y Torre Quirúrgica.

3. Instruir a la administración para que realice todos los esfuerzos pertinentes para ajustar los tiempos y reducirlos e identificar los requerimientos necesarios y presentar a la Junta Directiva las opciones, en un plazo de hasta un mes.

4)



ANTECEDENTES

1. Acuerdo de Junta Directiva artículo 30, sesión 8871, octubre 2016, aprobación del alcance del proyecto:

4. Instruir a la Administración para que realice los ajustes e incorporación en el Portafolio de Proyectos de Inversión en Infraestructura y Tecnologías 2017/2021, de los proyectos que conforman la propuesta de Desarrollo del Recursos Físico del Hospital San Juan de Dios, a saber, Servicio de Radioterapia, Servicio de Urgencias, Servicio de Hematooncológica y Torre Quirúrgica, según las respectivas etapas de madurez.

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

6. Instruir a la Gerencia Financiera para que se dé contenido económico a la Propuesta de Desarrollo del Recurso Físico del Hospital San Juan de Dios aquí aprobada.

5)



ANTECEDENTES

2. Acuerdo de Junta Directiva artículo 9, sesión No. 8951, del 15 de enero de 2018 que señala en el inciso 2.:

“ARTICULO 9°

Por consiguiente, habiéndose realizado la presentación de los criterios técnicos de la Dirección de Proyección de Servicios de Salud, la Dirección de Arquitectura e Ingeniería y Dirección Médica del Hospital San Juan de Dios, en torno al replanteamiento de ejecución completa del proyecto Torre Hospital San Juan de Dios y según recomendación de la Gerencia Médica en el oficio GM-SJD-29698-2017 así como la Dirección de Arquitectura e Ingeniería en el oficio DAI-2609-2017, la Junta Directiva ACUERDA:

1) Aprobar el replanteamiento de ejecución del proyecto Torre Hospital San Juan de Dios de manera integral: Servicio de Emergencias, Quirófanos y Hospitalización Quirúrgica con los servicios de apoyo correspondientes, según el oficio número GM-SJD-29698-2017 de la Gerencia Médica.

6)



ALCANCE DIRECCION GENERAL AVIACION CIVIL

 <p>Restricción Inicial</p> <p>Limita la inclusión de los servicios planteados en el alcance original según se destaca en la Sesión 8871, artículo 30, quedando por fuera:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Neonatología • Quirófanos de Gineco-Obstetricia • Camas de Recuperación de (Gineco-Obstetricia) <p style="text-align: center;">50 MTS ALTURA MAXIMA</p>	 <p>Nuevo Estudio Restricción de Altura</p> <p>DGAC-DA-IA-RA-0037-2018 (29 enero, 2018)</p> <p>Permite dar cumplimiento al alcance original según sesión 8871, artículo 30 Junta Directiva.</p> <p style="text-align: center;">75 MTS ALTURA MAXIMA</p>
---	---

7)



8)



9) Propuesta de acuerdo.

La Junta Directiva de la Caja Costarricense de Seguro Social, teniendo a la vista el oficio GM-AJD-9735-2018 remitido por la Gerencia Médica y conocida la presentación realizada acuerda:

- 1) Aprobar el ajuste financiero requerido para cumplir con el alcance original, según el acuerdo de la sesión 8871, artículo 30 de octubre de 2016, del proyecto Torre Hospital San Juan de Dios Unidad de Quemados y Gineco-Obstetricia, Neonatología, Quirófanos de Gineco-Obstetricia, Camas de Recuperación de (Gineco-Obstetricia), proyectado en \$166.000.000^{oo}
- 2) Instruir a la Gerencia Financiera para que dote los recursos necesarios en el ejercicio presupuestario correspondiente.

Señala el Presidente Ejecutivo que se presentará la propuesta de ajuste de la Torre Quirúrgica del Hospital San Juan de Dios, por parte de la Dra. Balmaceda Arias, Directora del Hospital San Juan

de Dios y el Ing. Jorge Granados Soto, Gerente de Infraestructura y Logística en funciones. El tema se tiene como fundamental, el cual es considerado una de las emergencias de infraestructura institucional, la Torre Quirúrgica del Proyecto de Emergencias de Hospital San Juan de Dios.

Señala la Dra. Balmaceda que hará un resumen de lo que se trata, porque el proyecto está planteado desde hace muchos años, el cual se ha estado trabajando y se inició oficialmente, en el mes de octubre del año 2016, dado que hubo un acuerdo. Sin embargo, por razones que luego comentará, no se incluyeron algunas áreas. Entonces, en el acuerdo de la Junta Directiva del mes de octubre del año 2016, se aprobó la fase del proyecto, para construir no solo la torre que abarcaba toda la parte quirúrgica, sino que también el Servicio Oncológico, el Servicio de Radioterapia y el Servicio de Emergencias. En ese momento, se aprobó la construcción de la Torre y se instruyó a la Gerencia de Infraestructura para que continuara con los procesos. Luego, en el mes de enero del año 2018, se presentó de nuevo el proyecto, porque la Gerencia de Infraestructura replanteó el acuerdo, para que fuera solo un proyecto con una calendarización, dada la importancia que tenía de hacer todos los servicios con una secuencia. No obstante, la Gerencia de Infraestructura al hacer los análisis consideró que era muy difícil construir primero el Servicio de Emergencia, lo cual es una necesidad prioritaria y muchos Directores la conocen. Entonces, construir primero en el mismo terreno y, después sobre ese edificio construir la Torre, ese fue el primer acuerdo. En ese sentido, el tema se presentó de nuevo ante esta Junta Directiva, para que se autorizara hacerlo en un solo proyecto, aunque se atrasara por seis meses el inicio de la construcción del Servicio de Emergencias. En el acuerdo así consta, pero el Edificio tenía una restricción de altura por la Dirección General de Aviación Civil, pues no permite que se pase en cierta altura, más de 50 metros. Sin embargo, se hizo una consulta a la Dirección General de Aviación Civil, porque habían torres y edificios de departamentos cerca y por qué solo al Hospital se le estaba restringiendo, repite, se les volvió a realizar la consulta, porque el edificio no se podían ubicar los servicios de Neonatología, Quirófanos de Ginecoobstetricia y camas de recuperación de Ginecoobstetricia y quemados, reitera, el tamaño del edificio no permitía que esa áreas se ubicaran de acuerdo con la altura. Entonces, se le consultó a la Dirección General de Aviación Civil y eliminaron esa restricción de manera que sí se podía construir en una sola torre. Por qué, porque resulta que si se construía aparte, en realidad las áreas que estaban en el acuerdo original del año 2016, donde estaba contemplado por el problema de la limitación de la Dirección General de Aviación Civil, esa parte se había excluido del proyecto, con la salvedad de que igual se tenía que hacer la remodelación, pero para hacerla en donde están ubicadas esas áreas actualmente, hay que hacer un reforzamiento estructural de toda la planta y el costo es más elevado y como ya se eliminó la restricción, en este momento lo que se está planteando, es una ampliación de financiamiento porque, entonces, se puede instruir lo correspondiente al alcance del 30 de octubre del año 2016 y lo que se requiere, es el financiamiento de la Unidad de Quemados, Ginecoobstetricia, Neonatología, los Quirófanos de Ginecoobstetricia y las camas de recuperación. El costo original del proyecto ascendía a ciento tres mil millones de colones y el proyecto se había dejado de esa manera, por la limitación pero al dar la autorización la Dirección General de Aviación Civil, pues son tres pisos más, se tiene que hacer un reajuste que de acuerdo con la Gerencia de Infraestructura, asciende a sesenta y seis millones de dólares más. Hace hincapié que el monto que estaba aprobado era de cien millones de dólares, entonces, es ampliar el monto en sesenta y seis millones de colones más.

La Directora Abarca Jiménez pide aclaración pues se indica que se le tendría que adicionar tres pisos a los otros ya definidos sobre el nivel, por lo que el proyecto total tendría un costo por alrededor de ciento cuarenta millones de dólares.

La Dra. Balmaceda Arias indica que es un costo inicial y, luego se ajustó.

Señala el Ing. Granados Soto que el costo del proyecto en un principio, cuando se estaba valorando y se pidió la revisión a la Dirección General de Aviación Civil, en cuanto a la restricción de la altura, indicaron que se podría permitir que el edificio se eleve a 75 metros. Entonces, se hizo un análisis de cuánto podría significar ese incremento del costo, por ese aspecto se hace referencia de los ciento cuarenta millones de dólares, pero a partir de ese momento, se hizo la revisión del proyecto con la Dirección de Proyección de Servicios de Salud y con la Dirección del Hospital San Juan de Dios, a especificar y detallar claramente el alcance de esos servicios, es donde el costo final se tiene por alrededor de doscientos sesenta y seis millones de dólares. Ese aspecto es importante que se conozca, pues incluye no solo la construcción sino el equipamiento, el diseño, el mantenimiento por dos años de la infraestructura. Entonces, es un proyecto llave en mano, todo incluido.

Indica el Dr. Llorca Castro que, entonces, el monto inicial era un monto preliminar y los ciento sesenta y seis millones de dólares, es un detalle mayor.

Continúa el Ing. Granados que es un detalle mayor, analizando que servicios se debían incorporar en esos servicios, Neonatos, Quemados y Ginecobstetricia.

El Dr. Fernando Llorca hace tres comentarios generales, es evidente que la Institución reconoce que hay que hacer un esfuerzo, por hacer inversiones en las áreas de salud, es decir, en el Primer Nivel de Atención, el Segundo Nivel de Atención y se está fortaleciendo los hospitales de provincias de zona rural algunos. No obstante, ya no son zonas rurales son zonas urbanas fuera del Valle Central, pero es fundamental no olvidar la infraestructura básica, histórica, en este caso el Hospital San Juan de Dios que no se puede dejar de mantener rehabilitada y funcionalmente y en condiciones óptimas. Él le preguntaría a la Dra. Balmaceda esta es una inversión que sin duda dejaría al Hospital ya en unas buenas condiciones de funcionamiento.

Al respecto, indica la Dra. Balmaceda que en realidad en el área de hospitalización, se estaría bien porque ya estaría lo correspondiente al Servicio de Emergencias, Radioterapia, el Departamento de Hemato oncología, lo que quedaría pendiente por readecuar después de ese proyecto, es una vez que se traslade toda la parte de hospitalización y la parte quirúrgica es readecuar los consultorios.

En cuanto a una consulta de la Directora López Núñez, señala la Dra. Balmaceda que el Proyecto que se aprobó incluye el Servicio de Emergencias que era la prioridad, se atrasó porque se definió hacer solo un proyecto con la Torre Quirúrgica. Entonces, en el proyecto está incluido el Servicio de Radioterapia con dos aceleradores lineales, el Centro Oncológico que le prestará servicios para para aplicar radioterapia a los pacientes del Hospital Nacional de Niños, al Hospital Blanco Cervantes y al San Juan de Dios y en la Torre Quirúrgica están incluidas las Unidades de Quemados, Neonatos.

Recuerda el señor Presidente Ejecutivo que muchos de esos servicios del Hospital San Juan de Dios, han pasado por órdenes sanitarias del Ministerio de Salud.

El Ing. Granados Soto recuerda que todo el conjunto hospitalario del Hospital San Juan de Dios es patrimonio. Entonces, cualquier remodelación que se quiera hacer, es muy complicado porque casi que es imposible modificar no solo su fachada, es todo el conjunto. Repite, es muy complicado poder desarrollar un proyecto y por ese aspecto se ha planteado que con la construcción del Edificio de la Torre, viene a solventar esas necesidades.

La Dra. Balmaceda Arias hace hincapié en que la Institución no tiene que desembolsar todos los recursos presupuestarios, porque se realizan los desembolsos de acuerdo con el avance de la obra.

Pregunta el Director Guzmán Stein pregunta al Gerente o a la Dra. Balmaceda, actualmente, cuántos son los metros cuadrados tiene el Servicio de Emergencias y cuántos va a tener la nueva área.

La Dra. Balmaceda Arias indica que en este momento no tiene la información, pero tiene la seguridad que el espacio no es suficiente.

El Ing. Granados indica que el área actual es de alrededor de 1.000 metros cuadrados. En la parte nueva de la Torre, la construcción sería alrededor de 40.000 metros cuadrados.

Aclara el Dr. Guzmán Stein que a él le interesa conocer el área a nivel del Servicio de Emergencias.

Señala el Ing. Granados que es alrededor de 8.000 metros cuadrados de lo que es el Servicio de Emergencias.

Entonces, el Dr. Pablo Guzmán indica que se está garantizando que el área es cuatro veces más del área de emergencias, porque a él le preocupa el área de emergencias del Hospital San Juan de Dios, porque desde que él fue estudiante internado y ahí rotaba, lo que se ha hecho son paredes y más paredes.

De hecho le indica el Ing. Granados al Dr. Guzmán, en un principio la Dra. Balmaceda trató de explicarlo más rápido, pues se había plantado ahí mismo donde está ubicado el Servicio de Emergencias desarrollar un proyecto, tendiente a readecuar el Servicio de Emergencias y construir dos pisos más y que fuera el área de emergencias. Sin embargo, no iba a incluir la proyección a futuro, era solo para palear lo que se quería en ese momento y, luego, que iba a estar totalmente desligado del tema quirúrgico y de hospitalización. Entonces, fue donde la doctora Balmaceda lo mencionó, el tema se presentó a consideración de la Junta Directiva y se replanteó que en vez de hacer esos proyectos por separados, se unieran y se conformara un solo proyecto y un solo desarrollo y aprovechar la manzana de la antigua Cervecería Costa Rica, porque lo que se construiría en ese lugar en este momento, después no se podría ampliar más la construcción. En ese sentido, es más bien utilizar ese espacio para que se realice un proyecto integral.

El Dr. Fernando Llorca recuerda que este es un proyecto como se indicó bastante antiguo, donde estaba la antigua Cervecería Costa Rica y ese aspecto es muy importante, porque aquí en

determinado momento se tenía que tomar una decisión, o se reforzaba el Hospital San Juan de Dios o prácticamente había que cerrarlo. Entonces, son las grandes decisiones que se tenían que tomar, o construirlo en otro lugar si hubiera sido esa la decisión. En aquel momento se tomó la decisión de reforzarlo y mantenerlo y, además fortalecer en otros lados otros servicios. Tiene entendido que el acuerdo es el ajuste del presupuesto.

La Dra. Balmaceda Arias lee la propuesta de acuerdo.

Interviene el Director Devandas Brenes y anota que va a votar a favor, pero le preocupa que no está observando el dictamen previo de la Gerencia Financiera, porque se está tomando un acuerdo para incrementar el presupuesto en sesenta y seis millones de dólares más y se instruye a la Gerencia Financiera para que dote los recursos y en ese sentido, determina un problema.

El Ing. Granados indica que de previo se hizo una proyección con la Gerencia Financiera, y estaban en disposición de incluir los recursos, sin embargo, como había un acuerdo inicial de la Junta Directiva, están solicitando que la Junta Directiva apruebe esa ampliación para proceder.

Señala el Director Devandas Brenes que en esos casos, le parece que como precedente sería conveniente que se incluya un oficio de la Gerencia Financiera en el que así lo indique, porque pone a la Junta Directiva en una situación delicada, pues se le indica a la Gerencia Financiera, por ejemplo, saque sesenta y seis millones de dólares adicionales.

Señala la Dra. Balmaceda que se tenía una situación, parecida a un círculo en la que no se podía avanzar, para terminar de revisar los perfiles funcionales porque se indicaba para que se va a avanzar sino se tiene el acuerdo de la Junta Directiva. Entonces, se reunieron con la parte financiera, la Gerencia Médica y la de Infraestructura por lo que se acordó presentar el tema ante la Junta Directiva, para que autorice el proceso y, luego, se realicen el ajuste.

Señala el Dr. Llorca que se podría anotar esa observación. No obstante, doña Fabiola Abarca le estaba preguntando si el tema ya no se presenta más, pero sí porque se tiene que presentar para la licitación para la adjudicación, esos proyectos se presentan ante la Junta Directiva, por ejemplo, como ocho veces.

Pide que voten los Directores que están a favor. Por tanto, el acuerdo se adopta en firme.

Por consiguiente, se tiene a la vista el oficio número GM-AJD-9735-2018, de fecha 27 de julio del 2018, firmado por la doctora Liza Vásquez Umaña, Coordinadora, Jefe de Despacho de la Gerencia Médica que, en adelante se transcribe, literalmente, en lo pertinente:

“RESUMEN EJECUTIVO

La propuesta busca aprobar el ajuste al financiamiento aprobado y requerido para cumplir con el alcance original, según el acuerdo de la sesión 8871, artículo 30 de octubre de 2016, del proyecto Torre Hospital San Juan de Dios en el que estaban incluidos: Unidad de Quemados y Gineco-Obstetricia, Neonatología, Quirófanos de Gineco-Obstetricia, Camas de Recuperación de (Gineco-Obstetricia).

ANTECEDENTES

La Junta Directiva teniendo a la vista el oficio N° GM-SJD-20670-2016/GIT-4687-2016, de fecha 21 de octubre de 2016, suscrito por la Gerente Médico y por la Gerente de Infraestructura y Tecnologías, que contiene la información para aprobar propuesta de redimensionamiento de la Torre Quirúrgica del Hospital San Juan de Dios y la exposición a cargo de la arquitecta Gabriela Murillo Jenkins, Gerente de arquitectura y tecnologías, acordó en el artículo 30 de la sesión 8871, celebrada el 27 octubre 2016, lo siguiente:

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

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

En el artículo 9, sesión No. 8951 del 15 de enero de 2018, debido a limitantes técnicas para realizar el proyecto de Urgencias y Torre Quirúrgica en etapas separadas, se presenta a Junta Directiva para su aprobación la necesidad de unificación de ambos proyectos en una sola etapa y se acuerda lo siguiente:

“ARTICULO 9°

Por consiguiente, habiéndose realizado la presentación de los criterios técnicos de la Dirección de Proyección de Servicios de Salud, la Dirección de Arquitectura e Ingeniería y Dirección Médica del Hospital San Juan de Dios, en torno al replanteamiento de ejecución completa del proyecto Torre Hospital San Juan de Dios y según recomendación de la Gerencia Médica en el oficio GM-SJD-29698-2017 así como la Dirección de Arquitectura e Ingeniería en el oficio DAI-2609-2017, la Junta Directiva ACUERDA:

1. Aprobar el replanteamiento de ejecución del proyecto Torre Hospital San Juan de Dios de manera integral: Servicio de Emergencias, Quirófanos y Hospitalización Quirúrgica con los servicios de apoyo correspondientes, según el oficio número GM-SJD-29698-2017 de la Gerencia Médica. (...).

La Dirección General de Aviación Civil, estableció una altura máxima de construcción de 50 mts, aspecto que limitó la inclusión de los servicios planteados en el alcance original según se destaca en la Sesión 8871, artículo 30, y cito:

- Camas de hospitalización de Cirugía (**Unidad de Quemados**) y **Gineco-Obstetricia**
- **Neonatología**
- Quirófanos de Cirugía y **Gineco-Obstetricia**
- Camas de Recuperación (Cirugía y Gineco-Obstetricia)
- Camas de UCI
- Servicio de Emergencias
- Servicios de Apoyo
- -Centro de Equipos
- - Rayos X
- - Farmacia
- - Laboratorio

Quedando por fuera por la limitante citada los siguientes aspectos:

- Unidad de Quemados y Gineco-Obstetricia
- Neonatología
- Quirófanos de Gineco-Obstetricia
- Camas de Recuperación de (Gineco-Obstetricia)

Mediante oficio DGAC-DA-IA-RA-0037-2018 del 29 enero, 2018, la Dirección General de Aviación Civil, autorizó un máximo de altura de construcción de 75 metros, lo que permitiría incluir los servicios citados líneas supra.

CRITERIOS TÉCNICOS

Con el fin de definir los costos financieros actualizados y basados en la distribución arquitectónica que se tiene hasta el momento, del costo original planteado que era de \$100.000.000 millones, el costo ascendió a un estimado de \$103.000.000 millones, el cual incluye tres niveles bajo tierra y ocho niveles por encima del nivel de calle. No obstante, este costo no incluye aún la Unidad de Quemados, y los Servicios de Gineco-Obstetricia, Neonatología, Quirófanos y Camas de Recuperación de Gineco-Obstetricia. De manera que, con

el objetivo de poder incluir los servicios supra citados, se requiere adicionar tres niveles a los ya definidos, por lo que el proyecto total tendría un costo aproximado de **\$166.000.000 millones**, lo anterior se desprende de los siguientes criterios técnicos:

- a. Criterio DAI-04913-2014, Informe Técnico que resume la problemática en infraestructura que presenta el área de partos, incumplimientos actuales con normativa del Ministerio de Salud en cuanto a espacios, dimensiones y flujos.
- b. Criterio DAI-0626-2018 emitido por el Ing. Jorge Granados Soto MSc Director a.i. Dirección de Arquitectura e Ingeniería de fecha 13 de marzo de 2018, a la Gerencia Médica: se refiere al oficio GM-DPSS-0064-2018 sobre la identificación de problemas de espacio para el traslado de la oferta de servicios que se ha definido para el Proyecto de la Torre Quirúrgica del Hospital San Juan de Dios debido a las condiciones del terreno donde se desarrollará el mismo, se destaca:

Originalmente, por medio del artículo N°30 de la sesión 8871 y el artículo 15 de la sesión N° 886 la Junta Directiva autorizó el desarrollo de los proyectos “Edificio de Urgencias” y “Torre Quirúrgica”; esta decisión fue modificada por medio del artículo 9 de la sesión N° 8951, en el que se indica que *“(...) el proyecto Torre Hospital San Juan de Dios se deberá ejecutar de manera integral y no por etapas”*

Dado lo anterior, se han desarrollado, desde el mes de septiembre de 2017, reuniones conjuntas de trabajo y ajustes paralelos de revisión de cada Programa Funcional suministrados paulatinamente por la DPSS y el HSJD, al tiempo que la DAI realiza los planteamientos de distribuciones asociadas que serán el insumo para el Anteproyecto.

El alcance original del Proyecto incluye los siguientes servicios:

- Emergencias y sus áreas de apoyo: RX, Farmacia, Toma de muestras y Laboratorio, Banco sangre
- Hospitalización (Incluyendo el Área de Quemados)
- Unidad de Cuidados Intensivos
- Cirugía
- Recuperación
- CEYE
- Ginecoobstetrica y Neonatología

Cada uno de estos Servicios deberán desarrollarse en el área donde se ubicó la Antigua Cervecería Costa Rica, al costado sur del Parque Braulio Carrillo (La Merced). El costo original estimado de acuerdo al artículo 30 de la sesión N° 8871 fue de \$100.000.000 (Cien millones de dólares) considerando los anteriormente denominados Proyectos “Torre de Urgencias” y “Torre Quirúrgica”.

Durante el desarrollo de trabajo y ajustes paralelos de cada Programa Funcional, realizados con la participación de la DPSS y el HSJD, esta Dirección ha determinado que actualmente, con el desarrollo de un edificio (escenario 1) compuesto por 3 niveles bajo tierra y 8 niveles por encima

del nivel de la calle se tendría un costo estimado de \$103,000,000; sin embargo, este escenario no incluye los Servicios de Ginecoobstetricia, Neonatos y Quemados.

Si se incluyeran dichos Servicios (Ginecoobstetricia, Neonatos y Quemados) se tendrían que adicionar 3 pisos a los 8 ya definidos sobre nivel, por lo que el proyecto total tendría un costo final aproximado de \$140,000,000.

Por este motivo es necesario una definición de si el alcance debe ajustarse a lo que se ha desarrollado hasta el momento, o, por lo contrario, se debe continuar con la implementación de los servicios faltantes.

En referencia a la consulta planteada por medio del oficio GM-S-0260-2018 con respecto a las áreas y espacios referidos por la Dirección de Proyección de Servicios de Salud en el oficio DPSS-0527-11- 17, han sido considerados e incluidos por el equipo diseñador de la DAI, que ha estado desarrollando las reuniones conjuntas de revisiones de los Programas Funcionales aportados por el HSJD y la DPSS.

Aprovecho, no obstante, para hacer una aclaración a lo indicado en la nota DPSS-0527-11-17, que en el segundo párrafo indica: “*Actualmente se ha concluido la fase de diseño (...)*” Sobre esto se aclara que la Fase de Diseño, responsabilidad de la Dirección de Arquitectura e Ingeniería, no ha concluido por cuanto a la fecha no se cuenta con la totalidad de los Programas Funcionales aprobados por la DPSS-HSJD del proyecto integral ordenado por la Junta Directiva.

- c. Criterio DAI-1250-2018 emitido por el, suscrito por el Ing. Jorge Granados Soto MSc. director a.i. Dirección de Arquitectura e Ingeniería de fecha 24 de mayo de 2018, dirigido a la Gerencia Financiera, sobre “*Construcción de Torre Quirúrgica y de Urgencias del Hospital San Juan de Dios Complemento de información nota GM-S-6171-2018*” del 24 de mayo de 2018.

Nota complementaria al oficio GM-S-6171-2018 del 14 de mayo del presente, enviado por el Dr. Fernando Llorca Castro, Gerente Médico A/C. Tal como se indica en el oficio DAI-0626-2018 hay dos posibles escenarios para el desarrollo del mencionado proyecto, a saber:

Escenario 1: Incluye 8 niveles por encima del nivel de la calle, más 3 niveles subterráneos y excluye los servicios de Neonatología, Ginecoobstetricia.

Escenario 2: Incluye 11 niveles por encima del nivel de la calle, más 3 niveles subterráneos e incluye los servicios de Neonatología, Ginecoobstetricia.

El monto del escenario N° 2 que se aporta en el DAI-0626-2018 es una aproximación planteada previo a la obtención de información funcional aportada por el Hospital San Juan de Dios, la cual luego de ser incluida y considerada arroja las siguientes estimaciones de costos para cada uno de los escenarios mencionados

Inversión escenario 1: \$103.000.000 (Ciento tres millones de dólares)

Inversión escenario 2: \$ 166.000.000 (Ciento sesenta y seis millones de dólares)

Estos montos incluyen lo referido al diseño, construcción y equipamiento del proyecto. Finalmente agrego que, en base a la experiencia histórica de la Dirección, se considera que estos montos podrían presentar una variación de un más menos 5%.

CONCLUSIONES:

Se requiere ajuste financiero para la inclusión de los Servicios:

- Unidad de Quemados y Gineco-Obstetricia
- Neonatología
- Quirófanos de Gineco-Obstetricia
- Camas de Recuperación de (Gineco-Obstetricia)

RECOMENDACIÓN

Acoger la propuesta presentada por la Dra. Ileana Balmaceda Arias, Directora General del Hospital San Juan de Dios en los términos expuestos”,

y habiéndose hecho la respectiva presentación por parte de la Dra. Ileana Balmaceda Arias, Directora Médica del Hospital San Juan de Dios y con base en la recomendación de la Dra. Liza Vásquez Umaña, Coordinadora, Jefe de Despacho de la Gerencia Médica en su oficio GM-AJD-9735-2018, la Junta Directiva –en forma unánime- **ACUERDA:**

ACUERDO PRIMERO: aprobar el ajuste financiero requerido para cumplir con el alcance original, según el acuerdo de la sesión N° 8871, artículo 30° de octubre de 2016, del proyecto Torre Hospital San Juan de Dios Unidad de Quemados y Gineco-Obstetricia, Neonatología, Quirófanos de Gineco-Obstetricia, Camas de Recuperación de (Gineco-Obstetricia), proyectado en \$166.000.000.00

ACUERDO SEGUNDO: instruir a la Gerencia Financiera para que dote los recursos necesarios en el ejercicio presupuestario correspondiente.

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

Se retiran del salón de sesiones los señores Ing. Jorge Granados Soto, Gerente de Infraestructura y Tecnologías a.i., Lic. Wven Porras, Gerencia Médica y Dra. Ileana Balmaceda Arias, Directora Médica del Hospital San Juan de Dios.

Ingresan al salón de sesiones el Dr. Marvin Agüero Chinchilla, Coordinador Programa de Trasplantes, Gerencia Médica.

ARTICULO 10°

Se distribuye para su estudio el oficio N° GM-AJD-9801-2018 de fecha 30 de julio de 2018: propuesta ajuste al “*Modelo de pago a los profesionales en Ciencias Médicas participantes en los procesos de donación y trasplantes de órganos y tejidos de la CCSS*” (11°, 8873).

El Director Guzmán Stein plantea una moción de orden y quede constando en actas, se está entregando un documento el día de hoy y está preguntando porque no lo conoció. Le pregunta al Gerente Administrativo y Gerencia Médica, pues el documento siempre se tiene que recibir con suficiente tiempo y no lo recibió con tiempo para lograr analizarlo.

Al Dr. Llorca Castro le llama la atención pues se había conversado del tema desde la semana pasada. Le pregunta al Dr. Marvin Agüero por qué se entregó el documento el día de hoy.

Responde el Dr. Agüero que el documento se entregó el martes pasado.

Al respecto, indica el Dr. Fernando Llorca que el documento ya se circuló en la Junta Directiva.

Continúa el Dr. Guzmán Stein e indica que él no conoce el documento y no tiene información de que los señores Directores lo tengan.

Añade el Dr. Agüero que en electrónico el documento se envió el martes pasado.

El señor Presidente Ejecutivo indica que el Dr. Guzmán Stein tiene razón.

Prosigue don Pablo Guzmán y anota que no es por entorpecer el tema, pero para él es un problema que se presente el asunto y no se tenga el documento con antelación. Le parece que se podría presentar el tema.

El Director Devandas Brenes indica que por el tema de trasplante se está incrementando en un millón de colones y es lo que leyó en este momento.

Dado lo anterior, se retira el asunto y se reprogramará para una próxima sesión.

Se retira del salón de sesiones la Dra. Liza Vásquez, Coordinadora Gerencia Médica y el Dr. Marvin Agüero Chinchilla, Coordinador Programa de Trasplantes.

Ingresan al salón de sesiones Ing. Jorge Granados Soto, Gerente de Infraestructura y Tecnologías, a.i y el Arq. Francisco Chacón.

ARTICULO 11°

Se tiene a la vista el oficio N° GIT-1125-2018, de fecha 23 de julio de 2018, que firma el ingeniero Granados Soto, Gerente a.i. de Infraestructura y Tecnologías, que contiene la actualización del “*Portafolio de Proyectos de Inversión en Infraestructura y Tecnologías - Quinquenio 2019-2023*”.

Con base en las láminas que se detallan, la presentación está a cargo del ingeniero Granados Soto.

1) Portafolio
Proyectos de Inversión en Infraestructura y Tecnologías
 2019-2023
 Caja Costarricense de Seguro Social

- 2) Índice de presentación
1. ¿Qué es el Portafolio?
 2. Generalidades Portafolio 2019-2023
 3. Principales proyectos concluidos
 4. Principales proyectos en Portafolio
 5. Propuesta de acuerdo

3) 1. ¿Qué es el Portafolio?

4) Portafolio

- Herramienta de planificación de proyectos de inversión en infraestructura y equipamiento
- Incluye cantidad, tipo y costo de los proyectos.
- Contienen la programación física y financiera con periodicidad de cinco años.
- Se revisa cada año en paralelo al proceso de formulación presupuestaria.
- Son proyecciones de necesidades de recursos según fuente de financiamiento.

5)



6)

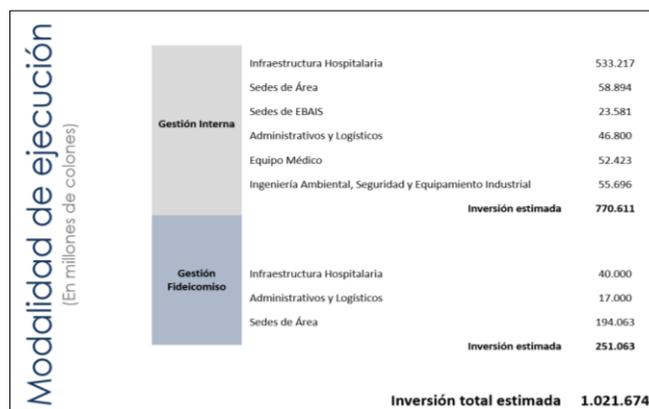


7) 2. Generalidades
 Portafolio 2019-2023

8)



9)



10)

CCSS: Portafolio de Proyectos de Infraestructura y Equipamiento
Origen de los recursos según fuente de financiamiento
Quinquenio 2019-2023 en millones de colones

Fuentes de Financiamiento	Inversión 2019-2023	2019	2020	2021	2022	2023
Total	1.021.674	143.964	322.944	289.270	200.459	65.036
Seguro de Enfermedad y Maternidad (SEM)	826.754	116.969	212.809	255.810	177.379	63.786
Banco Centroamericano de Integración Económica (BCIE)	103.800	14.400	83.400	6.000	0	0
Programa de Fortalecimiento de la Atención Integral del Cáncer (PFRON)*	50.703	12.595	26.318	7.460	3.080	1.250
Ley 8793 Fiduciarismo CCSS-BNCR-APHNN (Torre de Esperanza)	40.000	0	0	20.000	20.000	0
Junta de Protección Social (JPS)	417	0	417	0	0	0

* Ley N° 9028 "Ley de Control del Tabaco y sus efectos nocivos para la salud"
"Ley N° 8718 "Autorización para el cambio de nombre de la Junta de Protección Social y establecimiento de la distribución de rentas de las loterías nacionales"

11)



12)



13) 3. Principales proyectos concluidos.

14)

Proyectos concluidos

1. Centro Nacional de Control del Dolor y Cuidados Paliativos
2. Urgencias Hospital de Pérez Zeledón
3. Readecuación Estructural, Arquitectónica y Electromecánica Hospital de La Anexión, Nicoya
4. Nutrición Hospital San Rafael
5. Consulta Externa H. S. Rafael
6. Sala Oncología HCG
7. Actualización equipo Radioterapia Hospital México
8. Hemodinamia HCG
9. Tomógrafos Regionales
10. Fortalecimiento Hospital Dr. R. A. Calderón Guardia (I Etapa: Tanques de combustible, Quirófanos Torre Sur: Nutrición y Ropería. Obras Complementarias)

15)

Equipos distribuidos

1. Actualización Tecnología para el Servicio de Radioterapia para el Hospital México (OBI)
2. Sistema de Angiografía y readecuación del Servicio de Hemodinamia
3. Tomógrafos Regionales
4. Arcos en C
5. Rayos X
6. Unidades dentales fijas y transportables, autoclaves
7. Osciladores de alta frecuencia, Ventiladores Pulmonares
8. Torres de Endoscopia,
9. Litotriptor y Autoclaves.

16)



17) 4. Principales Proyectos en Portafolio
2019-2023

18) Proyectos de nuevo ingreso.

1. Plan de Abordaje Hospital Nacional de Niños
2. Remodelación Clínica Oftalmológica
3. Fortalecimiento de los servicios de Geriatría y Gerontología (Etapa 1)
4. Remodelación y Ampliación Anatomía Patológica Hospital México
5. Nuevo Hospital de Limón
6. Puesta a Punto de Hospital San Francisco de Asís, Grecia
7. Rehabilitación Módulo Lavandería, Casa de Máquinas y Lavandería del Hospital Tomas Casas
8. Puesta a Punto Área de Salud Belén Flores.
9. Puesta a Punto Área de Salud San Rafael de Heredia
10. Cincuenta y cinco Sedes de EBAIS
11. Equipo unidad médica móvil
12. Adquisición Edificio para traslado (reforzamiento Oficinas Centrales)
13. Reforzamiento Estructural Edificio CENDEISSS.

19)



20)

- Hospital William Allen Taylor, Turrialba
- Hospital Monseñor Sanabria Martínez, Puntarenas
- Hospital Dr. Maximiliano Peralta Jiménez, Cartago
- Fortalecimiento Hospital de Guápiles
- Hospital Manuel Mora Valverde, Golfito (Monto de inversión por estimar)
- Hospital de Limón (Monto de inversión por estimar)

**Nuevos
Hospitales**



21)

**Fortalecimiento
I Nivel**



- Sede de Área de Naranjo
- Sede de Área de San Isidro de Heredia
- Sede de Área de Santa Bárbara
- Sede de Área de Santa Cruz
- Puesta a Punto Sede A. San Rafael Heredia
- Puesta a Punto Sede A. Belén Flores
- 13 obras de remodelación de Sedes de Área
- 68 nuevas Sedes de EBAIS



22)

- Acosta
- Aguas Zarcas
- Aguirre (Quepos)
- Alajuela Oeste
- Bagaces
- Carriari
- Carrillo
- Cóbano
- Guápiles
- Heredia-Cubujuqui
- La Fortuna
- Orotina-San Mateo
- Pérez Zeledón
- Talamanca
- Alajuela Sur
- Buenos Aires
- Cartago
- Ciudad Quesada
- Desamparados 3
- Garabito (Jaco)
- Golgochea 2
- Grecia
- Heredia-Virilla
- La Unión
- Liberia
- Moravia
- Nicoya
- Paraiso-Cervantes
- Poás
- San Ramón

Fideicomiso Inmobiliario CCSS-BCR

€193,063 millones

23)

Edificios administrativos y logísticos

€63.800 millones



- Centro de Almacenamiento y Logística
- Laboratorio de Normas y Calidad de Medicamentos
- Laboratorio de Productos Farmacéuticos de la CCSS
- Reforzamiento Oficinas Centrales
- Data Center (Monto de Inversión por estimar)

24)

Equipamiento

- Mamógrafos
- Tomógrafos H. Nacionales
- Angio-Tac. H. CalderónG.
- Angiógrafo H. Heredia
- Acelerador Monoenergético
- Máquinas de anestesia
- Lámparas y Mesas Quirúrgicas
- Rayos X de mesa
- Rayos X portátiles
- Gamma cámara SPECT/CT
- Ultrasonidos
- Torres Laparoscópicas
- Autoclaves
- Equipo unidad médica móvil

€52,423 millones



25)

Programas de Ingeniería Ambiental, Seguridad y Equipamiento Industrial:

- Ingeniería Ambiental
- Seguridad Sísmica
- Seguridad Humana
- Calidad y Seguridad Eléctrica
- Equipamiento Industrial
- Obras Menores

€55,996 millones



26) Propuesta de Acuerdo

“Con base en lo expuesto por el Ing. Jorge Granados Soto, Gerente Infraestructura y Tecnologías, a.i. y su recomendación que concuerda con los términos del Oficio GIT-1125-2018, la Junta Directiva **ACUERDA:**

“Aprobar la actualización del Portafolio de Proyectos de Inversión en Infraestructura y Tecnologías de la Caja Costarricense de Seguro Social, para el quinquenio 2019-2023, el cual formará parte de la formulación del presupuesto de inversión del Plan Presupuesto Institucional 2019, en los términos contenidos en el documento anexo a la nota GIT-1125-2018 que forma parte del expediente original de esta acta. **Acuerdo Firme**”

A propósito, en relación con el tema de trasplantes, al Director Devandas Brenes le pareció que la Dra. Matamoros le envió una nota haciendo entrega formal y le llamó la atención, pero en el oficio también le llamó la atención que indica que ante la nota que, intempestivamente, se le traslada al Programa de Fertilización In Vitro (FIV). Si no le falla la memoria.

El Dr. Llorca Castro indica que no ha visto esa nota y, además, a la Dra. Matamoros no se le está trasladando al FIV.

Reitera, el Dr. Devandas Brenes que le pareció observar la nota.

En relación con la propuesta actualización del Portafolio de Proyectos de Inversión en Infraestructura y Tecnologías Quinquenio 2019-2023, señala el Dr. Llorca Castro que fue distribuido a los señores Directores hace 22 días. El tema lo presentará el Ing. Granados Soto.

Señala el Ing. Granados Soto que presentará el Portafolio de Inversión relacionado con el tema de Infraestructura y Tecnologías de la Institución, correspondiente al período 2019-2023. Indica que para los nuevos Miembros de esta Junta Directiva, la Institución tiene un Portafolio de Proyectos, en el cual está incorporado todas las necesidades de Proyectos que se han identificado en las diferentes Gerencias. Hace hincapié que el tema se presenta todos los años a consideración de la Junta Directiva para su aprobación y a final del año, se envía a la Contraloría General de la República, pues así lo solicita porque lo requieren como documento, para realizar los análisis y los informes. El portafolio se maneja por quinquenios, sin embargo, todos los años se hace un planteamiento de balanceo y rebalanceo, para ajustar proyectos que haya que excluir o incorporar, dado que no es una “camisa de fuerza”, sino más bien es un instrumento de planificación de la administración. La presentación está contemplada en cinco partes: el portafolio, las generalidades, los principales proyectos que ya fueron finalizados, los principales proyectos que, actualmente, están en el portafolio y la propuesta de acuerdo. En cuanto a lo que es el portafolio, como lo mencionó es una herramienta de planificación de proyectos de inversión, la cual incluye la cantidad y el tipo o costo estimado de los proyectos. Contiene una programación física y financiera de cinco años del desarrollo de los proyectos, la cual se va a justando cada año, repite, para hacer el balanceo y rebalanceo de los proyectos. Además, ayuda a proyectar necesidades de recursos, para lograr realizar una planificación financiera adecuada. Llama la atención en que la Junta Directiva está ubicada en el nivel estratégico, luego las Gerencias manejan lo correspondiente al portafolio de inversiones, las direcciones técnicas, por ejemplo, la Dirección de Arquitectura e Ingeniería (DAI), la Dirección de Equipamiento Institucional o la Dirección de Mantenimiento Institucional, así como el desarrollo de los proyectos y a nivel local desarrolla la operación y mantenimiento. Muestra las diferentes etapas del desarrollo de un proyecto, por ejemplo, pasa de un nivel estratégico de definición, de incorporación al portafolio; luego, esos proyectos son trasladados a las Direcciones Técnicas que los desarrollan y, finalmente, son entregadas al nivel local, el cual se encarga de su operación y mantenimiento. Menciona las diferentes etapas que se cumplen en un proyecto, son etapas de identificación donde se define la necesidad y el análisis de las diferentes opciones, el estudio de fortalecimiento y servicios y hay una priorización que se hace a nivel de las Gerencias, para presentar la Junta Directiva. Luego, se tiene la parte de planificación donde se hacen estudios más detallados, estudios de caracterización de oferta y demanda, estudios técnicos, programas funcionales, planes de equipamiento y plan de recursos humanos y presupuesto de apelaciones,

relacionado con la integralidad del proyecto y no solo la parte constructiva. Luego, está la parte de diseño, en la que se hacen estudios básicos de proyectos, planos, estudios de impacto ambiental, permisos, entre otros. Luego, propiamente la ejecución incluye la contratación y la construcción y equipamiento y mantenimiento y puesta en operación. Algunas generalidades del portafolio 2019-2023, hay 183 proyectos suman mil ochocientos millones de dólares de inversión, en esos cinco años. Hay ocho proyectos de corte administrativo-logístico, hay 35 proyectos en hospitales, los cuales van a atender el Tercer Nivel de Atención. También se tienen 36 áreas de salud nuevas y trece remodelaciones que atiende el Primer Nivel de Atención. Se tienen 68 Sedes de EBAIS que atienden el primer Nivel de Atención. Por otra parte, 16 paquetes de compra de equipo médico de distinta naturaleza, los cuales atenderán todos los niveles, también, hay un paquete de programas de seguridad y equipo industrial.

En cuanto a una pregunta del Director Salas Chaves tendiente a conocer, si esas Sedes de EBAIS ya incluyen, la modificación que se hizo anteriormente, responde el Ing. Granados que sí la incluye. Continúa y anota que hay proyectos como bien lo estaba acotando el Dr. Salas, hay proyectos que son de gestión interna y otros que son de gestión del Fideicomiso. Entonces, ahí también hay una segregación estimada de proyectos de gestión interna, por un monto de setecientos setenta mil millones de colones y la inversión estimada en el Fideicomiso, por un monto de doscientos cincuenta y un mil millones de colones. La fuente de financiamiento, se observa que hay varios tipos de financiamiento, para que se conozca mucho en el porcentaje mayor es financiamiento por recursos instituciones, es decir, del Seguro de Enfermedad y Maternidad (SEM). También, se tienen préstamos con el Banco Centroamericano de Integración Económico (BCIE), por ejemplo, fondos para el nuevo Hospital de Puntarenas, se está con el BCIE con un préstamo. Hay también un proyecto para el Fortalecimiento de Atención Integral del Cáncer que tiene recursos que se utilizan para diferentes proyectos. Además, está el financiamiento de la Ley Antitabaco, la cual se utiliza para proyectos. Luego está el Fideicomiso-Caja-Banco Nacional de Costa Rica-Asociación Pro hospital Nacional de Niños, para la construcción de la Torre de la Esperanza de Hospital Nacional de Niños, es y un proyecto, cuyo financiamiento proviene a través de la Asociación, un Fideicomiso, el cual se está también trabajando y, también, hay un proyecto, por ejemplo, de la Junta de Protección Social, son las grandes fuentes de financiamiento que se tienen. En la información de las filminas, además, se observa el porcentaje de financiamiento, aunque la gran mayoría, como se puede observar son recursos del SEM. Hace hincapié en que, obviamente, la misión y el objetivo de la Institución, es brindar servicios de salud y de pensiones y de prestaciones sociales, por lo tanto el 92% de los recursos, se destinan a temas de salud, propiamente, y únicamente el 8% son temas más administrativos y logísticos. No obstante, si se toma en cuenta la parte de logística, en realidad todos los temas se enfocan al sector salud, porque la parte administrativa y logística, desarrolla funciones para apoyar la prestación de servicios, pero si se hace una separación muy directa entre las dos áreas, se tiene que la gran mayoría de proyectos, se dirige hacia el sector salud directo. Por otra parte, se observa que hay una manera uniforme de cómo se distribuyen los recursos, entre los que están destinados al sector salud y los tres Niveles de Atención, se observa que el monto es de alrededor de doscientos veinte mil millones de colones, para lo que es el Tercer y Primer Nivel de Atención, un poquito más de recursos para el Segundo Nivel de Atención. Por lo anterior, se determina que la distribución de los recursos financieros es equitativa en los tres Niveles de Atención.

El Director Guzmán Stein señala que es muy importante la diapositiva pues, prácticamente, las dos terceras partes de los recursos, se están invirtiendo entre el Segundo y Tercer Nivel de Atención. El Primer Nivel de Atención es la tercera parte solamente y llama la atención respecto de ese aspecto, porque le parece que a nivel de inversión se tiene que ir modificando, para fortalecer el Primer Nivel de Atención con más recursos financieros, así como al Segundo Nivel de Atención. Repite, es muy importante asignar más recursos financieros al Primer Nivel de Atención.

Señala el Ing. Granados que lo señalado por el Dr. Guzmán es muy importante y tiene razón a nivel de recursos financieros, pero también se puede analizar que, obviamente, los proyectos de Tercer Nivel de Atención, son más complejos y con un costo más elevado. Entonces, si se analiza el financiamiento, prácticamente, el Primer Nivel de Atención es que se invierte la gran mayoría de financiamiento, se destina a financiar la mayoría de proyectos. No obstante, al ser proyectos menores, en ese sentido, a nivel de recursos se compensan más o menos los tres niveles, pero tiene razón lo planteado por el Dr. Guzmán. Continúa y anota que los principales proyectos incluidos son, por ejemplo, el Centro Nacional de Control del Dolor y Cuidados Paliativos, finalizado. Urgencias del Hospital de Pérez Zeledón, también finalizado. Readequación estructural y arquitectónico y electromecánica del Hospital de la Anexión de Nicoya. El Servicio de Nutrición de Hospital San Rafael de Alajuela, la Consulta Externa del Hospital San Rafael de Alajuela, la Sala Citológica en el Hospital Calderón Guardia, actualización de equipos del Servicio de Radioterapia del Hospital México, el cual es un proyecto importante, con el tema de Radioterapia del que se ha hecho referencia, es decir, se hizo una actualización de los equipos y se dejaron como nuevos en su vida útil, inclusive, se les hizo un trabajo de inclusión de unos equipos complementarios para poder atender patologías un poco más complejas. El Servicio de Hemodinamia de Hospital Calderón Guardia, se colocaron Tomógrafos en todos los hospitales regionales, entonces, todos esos hospitales tienen un tomógrafo nuevo de alta definición. También, se hizo la primera etapa de Hospital Calderón Guardia de Fortalecimiento que era la parte de Nutrición y en este momento se está con la segunda etapa correspondiente a la construcción del Edificio de la Torre Este. Se distribuyeron equipos para Angiografía de distintos lugares, Rayos Equis, Torres de Endoscopía, Autoclaves y se tiene el proyecto de entrega de ese equipo en todos los hospitales y clínicas mayores, entre otros. Se desarrollaron una cantidad significativa de EBAIS, el EBAIS de Poasito de San Ramón de Upala, entre otros, es decir, 21 Sedes de EBAIS y están finalizadas. En este momento, los principales proyectos que están actualmente en el Portafolio de Inversiones, de nuevo ingreso, pues no estaban anteriormente y por distintas determinaciones, ya sea de la Junta Directiva o necesidades que se van presentando se van incluyendo. El Plan de Abordaje del Hospital Nacional de Niños, la remodelación de la Clínica Oftalmológica, el Fortalecimiento de los Servicios de Geriatria y Gerontología, la primer etapa. La Remodelación y ampliación de Anatomía Patológica del Hospital México, el nuevo Hospital de Limón, la puesta a punto del Hospital San Francisco de Asís de Grecia, la Rehabilitación de la Lavandería y Casa de Máquinas del Hospital Tomás Casas y muestra la parte que se quemó en el incendio hace poco tiempo, por lo que se está por iniciar la recuperación de esa infraestructura. En la puesta a punto del Área de Salud de Belén-Flores, la puesta en punto de Área de Salud de San Rafael de Heredia. Hace hincapié en que también están incluidos 55 Sedes de EBAIS, la cantidad es significativa en el Portafolio de los proyectos correspondientes al Primer Nivel de Atención. El Equipo de Unidad Médica Móvil, adquisición del Edificio para el traslado y el reforzamiento de Oficinas Centrales, es un proyecto que se presentó en una presentación que se hizo. También, el reforzamiento estructural del Edificio del

Centro de Desarrollo Estratégico e Información en Salud y Seguridad Social (CENDEISSS). Otros proyectos que están dentro del Portafolio y no son de nuevo ingreso, sino que se tenían pero es importante que se recuerden, por ejemplo, la nueva Torre del Hospital San Juan de Dios, o lo que se está planificando que pueda ser el nuevo Edificio de Hospital San Juan de Dios. Se tiene también el proyecto de la construcción del Edificio de Torre Este, el cual está en construcción, el Hospital San Juan de Dios como lo mencionó la Torre de Cuidados Críticos, la Torre de la Esperanza en Fideicomiso con el Banco Nacional de Costa Rica para el fortalecimiento del Hospital nacional de Niños, la Torre Quirúrgica del Hospital México, la cual está pronto a iniciarse, pues hubo una apelación de la adjudicación, pero se está resolviendo en la Contraloría General de la República. También, está el Hospital William Allen Taylor de Turrialba, proyecto que está adjudicado por la Junta Directiva y está en apelación ante el Ente Contralor. En cuanto a la construcción de nuevo Hospital de Puntarenas, las ofertas fueron recibidas y están en análisis técnico en este momento, el Hospital Max Peralta de Cartago, la idea es promover la licitación a finales de año. El fortalecimiento del Hospital de Guápiles, el Hospital Manuel Mora Valverde de Golfito y el nuevo Hospital de Limón.

Interviene el Dr. Guzmán Stein y le pregunta al Dr. Llorca Castro, con respecto del fortalecimiento o reforzamiento del Hospital William Allen de Turrialba, si es un nuevo Hospital, porque se le está informando por parte de varias personas del Hospital, por ejemplo, de área de los dormitorios que es un “desastre”, pues está en un abandono, goteras por todos los lugares. Por lo que considera que esa situación se tiene que atender urgentemente. Aclara que le tema lo quería abordar en una sesión de Junta Directiva siguiente, pero sí es importante que se resuelva la problemática que se está teniendo en ese Hospital, a nivel de los dormitorios y áreas de los médicos. Comenta que le enviaron unas fotografías ilustrativas, en las cuales se logra observar esa situación.

Sobre el particular, señala el Ing. Granados que de hecho a raíz de esa situación de emergencia que se tuvo hace días, se tuvo de desalojar el segundo piso de ese Hospital porque tenía problemas de filtraciones que, actualmente, se están teniendo. En ese sentido, la Dra. Villalta Bonilla que es la Directora de ese Hospital, le solicitó a la DAI que se enviara un equipo de ingenieros para que se hiciera una revisión de la situación, para determinar qué se puede hacer, tomando en cuenta que la inversión tiene que ser para poner a operar lo que haya en ese momento y pensando en que se construirá un Hospital nuevo. Entonces, se está trabajando en ese asunto.

El Dr. Guzmán Stein continúa y manifiesta su preocupación, por los médicos y el personal que trabajan en ese Hospital.

Continúa el Ing. Jorge Granados y anota que también se tienen proyectos del Primer Nivel de Atención, por ejemplo, la Sede de Área de Naranjo hace poco tiempo, la semana pasada se adjudicó, el Área de San Isidro de Heredia y Santa Bárbara de Heredia, el contrato está firmado y está en refrendo de la Contraloría General de la República, se espera que se inicie pronto la construcción. La Sede de Área de Santa Cruz, se firmó el Contrato la semana pasada, también en Nicoya y se está a la espera de iniciar pronto, está el puesto de puesta a punto de la Sede de San Rafael de Heredia del Área de Belén-Flores. Además, se tiene 13 obras de remodelación y diferentes Sedes de Área, sobre todo lo que son las áreas de salud que se denominan tipo tres o metropolitanas, por ejemplo, la Clínica Clorito Picado, la Clínica de Coronado, la Clínica Carlos Durán y las Clínicas de esa magnitud, también, se tienen 68 nuevas Sedes de EBAIS. En cuanto

al Fideicomiso que es otra línea de desarrollo de proyectos, hay una cantidad significativa: 30 Sedes de Área las cuales están incluidas en el Fideicomiso, el acuerdo de la Junta Directiva se están valorando cuáles son las que se incluirán nuevas, en principio se tienen esas áreas de salud. Por otra parte, se tienen proyectos de la parte administrativa y logística: El Centro de Almacenamiento y Logístico, el cual está dentro del Fideicomiso también, el Laboratorio de Normas y Calidad de Medicamentos y el de Productos Farmacéuticos. Luego, se tiene el reforzamiento de Oficinas Centrales que ya está adjudicado y en formalización de contrato y el Data Center, como proyecto de que la Institución requiere tener un Data Center propio. En este momento, se alquila el Data Center y hay un proyecto para desarrollar uno para la Institución, es decir, que sea propio de la Caja. A nivel de equipamiento, algún equipamiento importante, hay un proyecto de instalación de mamógrafos, el cual está en este momento en ejecución en 11 sitios y se espera ampliar a 11 sitios más y se tiene una licitación en este momento, en recepción de ofertas para instalar nuevos tomógrafos en Hospitales Nacionales, los cuales son de alta tecnología. Se tiene el TAC un tomógrafo especializado en temas cardiológicos, para el Hospital Calderón Guardia y se está por presentar ante la Junta Directiva, se está con el Angiógrafo en el Hospital de Heredia, el cual pronto se presentará a consideración de la Junta Directiva. El Acelerador Monoenergético, para cambiar la Bomba de Cobalto del Hospital México y lograr ubicar un Acelerador Monoenergético en esa sala y una serie de otros equipos importantes, por ejemplo, máquinas de anestesia, rayos equis, ultrasonidos, entre otros. Luego, se tiene como lo mencionó y no detallará, pues son una gran cantidad de proyectos particulares, pero hay un programa relacionado con Ingeniería Ambientas, es decir, proyectos que se relacionan con el tema ambiental de la Institución, se desarrollan bajo ese programa. También, el de Seguridad Sísmica, a raíz de la Política de Hospital Seguro, repite, se tiene un programa de Seguridad Sísmica, así como de Seguridad Humana de calidad y seguridad eléctrica y equipamiento industrial y unas obras menores. Básicamente, es el portafolio de inversiones y dentro de la información que se les suministró, los señores Directores tienen el detalle de cada uno de los proyectos con su costo estimado, con la programación financiera, en el quinquenio para que logre tener información de esa naturaleza. Lee la propuesta de acuerdo.

Por su parte, la Directora Abarca Jiménez pregunta cómo se integra ese portafolio de proyectos, porque uno de los problemas que entiende que existe y, luego, que se realizó la visita al Hospital de Guápiles, pues fue muy evidente observar la Sala de Emergencias donde las personas, prácticamente, pasan días enteros sentados y adultos mayores y es una situación muy dura y entiende que muchos de los hospitales están en la misma situación. Repite, es un problema porque o no hay Quirófanos, o no hay Especialistas, o no hay camas, entonces, le llamó la atención hace un momento que estuvieron conversando sobre los grandes retos de la Gerencia Médica y ninguna persona mencionó la necesidad de camas. Pregunta si se hace alguna proyección de las camas que requiere el país y se requieren por hospital y si ese aspecto se considera, en el momento de programar todos esos proyectos.

El Ing. Granados le indica a doña Fabiola Abarca que al principio de la presentación, se mostró el proceso del desarrollo de proyectos, entonces, se parte de la misión y visión que tiene la Institución, el cual es un tema estratégico de la Junta Directiva, a partir de ahí se desarrolla los procesos de identificación de las diferentes necesidades de la categorización de los estudios técnicos que se requieren, para convertirse en fases de iniciativa a un proyectos. Lo anterior, por cuanto en ocasiones alguna persona indica se necesita un hospital nuevo, por ejemplo, Limón; lo cual en principio es una iniciativa que requiere una serie de análisis y determinaciones, para

definir si se continúa como proyecto, o si existen otras opciones para solventar la situación. En ese sentido, la Institución sí tiene un proceso establecido a nivel de las diferentes Gerencias, las Direcciones Regionales, las Unidades Locales y la Junta Directiva enmarca todo el proceso para que un proyecto pase de iniciativa a proyectos. Le parece que doña Gabriela Murillo en algún momento, presentó hace un par de semanas una propuesta, para el tema de los estudios de preinversión, con la Dirección de Planificación también y es parte y está dentro del tema. No obstante, para tomar una determinación de desarrollar un proyecto que se tengan los estudios, claramente, identificados y realizados. No basta con indicar, se necesita infraestructura sino que también, se necesita prepuesto y plazas, entre otros aspectos. El tema se desarrolla y siempre va a existir la posibilidad de mejora y se está trabajando en el asunto, pero sí existe un proceso establecido. Propiamente, cuando se define que la iniciativa es un proyecto, la Gerencia Médica si es de salud desarrolla un estudio que denominan de caracterización de oferta y demanda, significa que la Gerencia Médica estudia cuál es la morbilidad y la mortalidad, así como todos los servicios que se prestan, cuántas personas acceden a ellos, la cantidad de camas y consultorios que tienen en ese momento, la cantidad de recetas que se despachan en la farmacia, pruebas de laboratorios que se hacen y determinan como una proyección de la población de alrededor de 20 y 25 años, si requiere incrementar esa dotación que existe actualmente. Entonces, ese estudio cuando se le envía a la Gerencia de Infraestructura y a las direcciones técnicas que desarrollan los proyectos, les llega el proyecto, ya se indica que hay que fortalecer, por ejemplo, el Hospital de Guápiles, en el área de emergencias y hay que incluir tantos consultorios más, cuántas camas de observación y cuántas camas de hospitalización. Repite, en ese sentido ya la Gerencia Médica si tiene ese aspecto determinado en ese estudio y sí se toma en cuenta y a partir de ahí se realizan los diseños y lo que se requiera, pero sí le corresponde a la Gerencia Médica realizar ese análisis. De hecho lo que se está haciendo en este momento, como ilustración, que los proyectos usualmente, o que trate una parte específica del Servicio de Emergencias, se le tiene que introducir de forma integral otros servicios, pues no se soluciona ningún problema, si se mejora el Servicio de Emergencias, se tiene más camas de observación, más consultorios sino incrementa la capacidad de hospitalización, por ejemplo, si se reciben pacientes que se quedan en el Servicio de Emergencias, porque no se pueden trasladar a hospitalización, el Servicio siempre va a estar saturado, siempre van a haber personas esperando. Entonces, es parte de la problemática y se ha observado que muchos casos, cuando hay problemática en Servicios de Emergencias, pero la raíz del problema está en otro lugar. Por lo que resolviendo ese otro lugar, se logra resolver la problemática.

Sobre el particular, señala el Director Devandas Brenes que lo cierto es que esa situación es muy incipiente, incluso, lo que presentó la Arq. Murillo con la Dirección de Planificación, es apenas el inicio de un plan para mejorar esa gestión y quería proponer al señor Presidente Ejecutivo que todos esos proyectos, están en portafolio de inversiones, la Dirección de Planificación y las Gerencias hagan un cronograma completo. Entonces, que se indique cuántas personas se requieren en el proyecto, cuántas más, en qué fecha va a estar listo, se tiene que aprobar la modificación presupuestaria, en qué fecha se va a realizar el reclutamiento, la selección del personal porque si no se vuelve a tener lo mismo, que el proyecto termina y no se tiene lo que requiere para iniciar, porque este es un proyecto constructivo y no está el proyecto integral. Incluso, son los costos del proyecto constructivo y equipamiento, conoce que para presentar el plan de inversiones, se ha hecho otros estudios financieros, pero el proyecto completo y tomando este avance que está siendo aprobado por la Junta Directiva, cada uno de esos proyectos se concrete, en cuanto a recursos humanos y se realice un cronograma y se establezcan las

posibilidades y ojalá que se establezca quién es el director del proyecto integral. No solo el proyecto constructivo porque es muy, el coordinador del proyecto integral, porque si no se continúa en la misma situación, incluso, para contestarle a doña Fabiola, por lo menos con su experiencia, en el sentido de que se presente ante esta Junta Directiva, un programa de priorización con los criterios de priorización, para que se indique primero es este proyecto y el segundo es ese otro, por ejemplo, no solo de necesidades, porque necesidades tienen todas las unidades y demostrarlas es, relativamente, fácil. El problema es la priorización porque ese proyecto se realizará primero, por qué el otro proyecto de tercero, porque ese proyecto no se tiene y recuerde que en sesión para que quede nuevamente en acta, que hay un acuerdo para que en el mes de abril de cada año, las necesidades priorizadas se tiene que presentar a consideración de la Junta Directiva. Además, se tiene que presentar el plan priorizado de necesidades institucionales para que la Junta Directiva, aprobó ese plan el proceso que sigue es operativo, porque ya estaría aprobado el plan, pero en este momento no se tiene. Su propuesta en este caso concreto, es que todos esos proyectos que están contemplados en el Plan de Inversiones, se instruya al Dirección de Planificación y a las Gerencias, para que presenten el cronograma completo del proyecto, es decir, de todos los elementos que se relacionan con el proyecto le parece que ahí si se daría un salto en la gestión de proyectos en la Institución.

Al respecto, siempre el Dr. Devandas Brenes ha planteado esa situación del proyecto integral. Comenta que no estuvo en la presentación que se hizo de doña Gabriela Murillo y la Dirección de Planificación. No obstante, en las organizaciones modernas existe lo que se denomina una MPO, es una Oficina de Administración de Proyectos porque, precisamente, la Gerencia de Infraestructura pues tiene el tema de infraestructura y el equipamiento a cargo, la Gerencia Administrativa tiene el tema de plazas la Gerencia Financiera el tema de costos, la Gerencia Médica los Especialistas, ente otros. Por lo que siempre se requiere que, por ejemplo, una unidad que sea como una torre de control, que es precisamente lo que don Mario quiere que se le pueda estar dando seguimiento al proyecto completo, es decir, se tiene la contracción pero requiere el ingreso de tales personas en tales momentos, entonces, se requiere tener tal recurso financiero en tal momento y, entonces, se puede desarrollar ese cronograma que pide don Mario. A nivel del portafolio como lo mencionó es una herramienta de planificación, pues hay proyectos que, por ejemplo, han nacido a partir de iniciativas y todavía y, transparentemente, lo indica; darles un calendario o un cronograma definido y detallado, por ejemplo, el proyecto del Hospital de Limón es un poco difícil, porque todavía está en el desarrollo de esos estudios de planificación que define un poco el alcance, se está buscando el terreno entre otros. Entonces, cree necesario fortalecer el tema y tiene razón don Mario, en que ha sido un poco incipiente y le parece que a nivel de lo que es la Comisión de Puesta en Marcha que la coordina la Presidencia Ejecutiva y la Dirección de Planificación, se puede empezar a emitir información de esa naturaleza de los proyectos cuando se presentan a ese nivel. En ese aspecto, está totalmente de acuerdo. En cuanto al tema de la priorización, se lo comentará a doña Gabriela respecto de ese acuerdo que existe y a él, personalmente, le parece que cuando se presenta el portafolio de inversiones, ha pasado por el proceso de priorización de las Gerencias, pero sí se puede presentar ante esta Junta Directiva.

El Dr. Fernando Llorca le indica don Jorge Granados que en realidad tiene razón, don Mario y don Jorge lo secunda, el responsable actual de la ausencia de coordinación, es el Presidente Ejecutivo y es responsable porque no tiene la capacidad de hacer esa coordinación, con cuatro asesores y una Dirección de Planificación que, definitivamente, tiene unas limitaciones enormes. Entonces, es donde él realmente le empezó a dar la razón a la Junta Directiva anterior de que se

ocupaba un gran ente coordinador, él lo propuso denominarse Gerencia General de Salud y Prestaciones Sociales, pero él la propuso y la denominó Gerencia General de Salud y de Prestaciones Sociales, pero por la naturaleza de su actividad y diferenciándola de la actividad de pensiones. No obstante, lo cierto es que sí se ocupa un gran ente coordinador dentro de la administración activa. Entonces, para contestarle a don Mario Devandas, la responsabilidad la tiene la Junta Directiva que no ha tomado decisión en ese sentido. Desde hace mucho tiempo hay una propuesta de una dirección de proyectos como debe ser y, repite, no se ha tomado la decisión, esa es la realidad. Es imposible que la complejidad de la gestión de los proyectos quede en manos de la Presidencia Ejecutiva, sin recursos y lo va a indicar, a veces sin capacidad técnica y, después, la Dirección de Planificación, por ejemplo, va dando palos de ciego ahí reactivos pero, difícilmente, esa Dirección de Planificación, hace lo propio por ejercer esa gran labor de coordinación, porque podría hacerlo a lo mejor, pero lo primero es que, simplemente, el ejercicio que tuvo en este año que estuvo, no se da pero concuerda con que es evidente que hace falta. Insta a los señores Directores, nuevamente, a que tomen decisiones sobre las estructuras. En esta Institución hay una decisión muy clara, la gestión de proyectos tiene que quedar unificada en su coordinación. Lo indica categóricamente, no hay esquemas de priorización, al final le queda todo a la Gerencia Médica, pero la Gerencia Médica va de forma reactiva, con una injerencia política enorme, entonces, lo indica con transparencia, no existe ese gran ente coordinador dentro de la administración activa.

El Director Guzmán Stein indica que apoya directamente lo que indicó don Mario Devandas, respetando las sugerencias que apunta el doctor Llorca, pero sí es importante tener esa supervisión de proyectos, esa área de proyectos tan importante porque si no, van a seguir dando aprobaciones con un poco de irresponsabilidades desde el punto de vista de priorización. Es importante tener ese aspecto y hay que tomar las acciones, sino se han tomado anteriormente se tiene ese reto para hacerlo lo más pronto posible.

La Directora Abarca Jiménez se refiere a lo que comentaba don Mario Devandas sobre la priorización y presentar los proyectos completos, lo que visualiza es que si se tiene una Dirección de Planificación, en realidad es a quién le debe corresponder, ya una vez teniendo el proyecto, hacer un presupuesto proyectado de lo que se va a requerir, uno en lo que es inversión fija y lo que sería gasto variable por cada de la inversión que se va a realizar, sería una proyección y un cálculo pero sería, simplemente, una guía. Entonces, cómo se desarrolla esa guía de más o menos, lo que costaría cada proyecto y, después, se tiene que presentar en esta Junta Directiva la licitación con el número más exacto. Desconoce la capacidad que tiene la Dirección de Planificación, pero es lo lógico que pudiera hacer esa proyección de este presupuesto y una proyección de un presupuesto a cinco años que es lo que se está planteando.

El doctor Devandas Brenes señala que aquí está, por ejemplo, la construcción de un hospital nuevo en Turrialba, la construcción del nuevo Hospital de Puntarenas y solo para indicar dos ejemplos, esos hospitales van a requerir más personal o no, qué tipo de personal se va a requerir, incluso, se debería de observar que la construcción del nuevo Hospital de Puntarenas, podría tardar alrededor de siete años. Entonces, se requerirían especialistas y se tienen que empezar a formar ya y cuando se planteó la Torre del Hospital México, comenta que se le ocurrió hacer la pregunta de cuánto personal se ocupaba de más y de un pronto a otro, se indicó que 110 personas más se indicó y no conoce si esa cantidad se mantiene o no; pero ese dato fue producto de una pregunta que él hizo y así no puede ser, el proyecto se tiene que presentar a consideración

de la Junta Directiva como lo está indicando doña Fabiola, podría ser con estimaciones. Ha insistido en ese asunto, pero el señor Presidente Ejecutivo tiene razón en que tal vez la Junta Directiva, no ha sido lo suficientemente definitiva, por ese aspecto su propuesta es que todos los proyectos que están en el portafolio la Dirección de Planificación, junto con las Gerencias presenten el cronograma completo de todo el proyecto y con la Unidad o la creación de la Unidad, si es necesario pues sería la encargada de darle seguimiento a esos proyectos. Entonces, propone que la propuesta la presente la Dirección de Planificación. La propuesta de doña Gabriela no fue crear una unidad, sino un equipo que también es una solución, pero se refería a la prefactibilidad y a la factibilidad, no todo el proyecto.

El doctor Fernando Llorca indica que hay que ser justos, porque quiere ser justo con la administración activa. Le pide a esta nueva Junta Directiva que está empezando que no se “suba en el pedestal” para empezar a reclamar una serie de aspectos que la misma Junta Directiva no ha propiciado. La propuesta que presentó la Dirección de Planificación e Infraestructura, conjuntamente, hacía referencia de estructura y no se tomó la decisión, porque hay un acuerdo de la Junta Directiva anterior que prohíbe hacer modificaciones estructurales, hasta que se resuelva el tema de la reestructuración y por esa razón, se rechazó en este cuerpo colegiado la propuesta de estructura que presentaron y quiere reconocerle a la Dirección de Planificación que la propuesta se presentó en esta gestión y en esta Junta Directiva, repite, la presentaron y se les rechazó. No se referirá al tema por demagogia, hay que tomar decisiones sobre estructura. Hace falta nombrar un gran coordinador y quiere concordar con don Mario, pues tiene toda la razón y le consta que don Mario tiene años de pedirlo, por lo menos el último que ha estado, es decir, hace falta un gran coordinador de proyectos. Lo indica cómo se hace en el sector privado, por ejemplo, se pide lo que hace falta y en la Caja no hay, el Presidente Ejecutivo no puede y la Dirección de Planificación presentó la propuesta. Considera que se tiene que revisar operativamente cómo funciona la Dirección de Planificación en el proceso, para que empiecen a producir. Le indica a don Pablo Guzmán que tiene razón, lamentablemente, esa decisión no se ha dado en 30 años y se tiene que dar en este momento. Entonces, concuerda con el tema en cuanto al nivel de exigencia y cómo se tienen que presentar los proyectos en este Órgano Colegiado. Entonces, tomar decisiones en esa línea, ya que se tiene la oportunidad de hacerlo. Se podría tomar el acuerdo, eventualmente, de permitir esa modificación de la estructura, sin abrir a que en todas las unidades se puedan hacer modificaciones de estructuras y temas de estructuración.

Agrega el doctor Devandas Brenes que, entonces, la propuesta sería que se presente la propuesta de estructura y se discuta en esta Junta Directiva.

Anota el doctor Fernando Llorca que él presentó en esta Junta Directiva, a la Dirección de Planificación y presentaron la propuesta, la cual hace referencia de una Dirección de Proyectos y de una serie de aspecto que ya se conocieron. Por lo que es cuestión de tomar la decisión así de sencillo.

Don Mario indica que está de acuerdo en esa parte pero cree que tenía una limitación de memoria habría que revisarla porque era prefactibilidad y factibilidad del proyecto.

El Director Salas Chaves indica que los controles al final de cada una de las “cosas” que se fijaron desde el primer día.

El Ing. Jorge Granados indica que se lo va a indicar con gusto a doña Gabriela para que nuevamente el tema sea presentado.

El Director Devandas Brenes indica que, por ejemplo, cuando se hace un plano para hacer correcciones, en la marcha se hacen las correcciones pero se tiene el plano, el problema es cuando no se tiene. La planificación no es que, como ilustración, lo amarra de la cabeza, pero el planeamiento presupuestario, o el planeamiento de plazas puede ser que al final indique que se necesitaban más o menos, tres personas más o cinco menos, puede ser pero por lo menos se tenga el proyecto integrado. Ya se conoce, históricamente, cuánto se tarda en el diseño y en la licitación y, además, que esos elementos se pueden incluir en la programación, obviamente, se pueden dar holguras en la licitación, porque pueden haber apelaciones pero es fácil de hacer y cree que no es un asunto del otro mundo.

La Directora Abarca Jiménez señala que no conoce si entendió mal, cuando doña Gabriela expuso la modificación en la estructura, lo que entendió era que la Unidad de Infraestructura quería tener todo el control desde el momento, en que se empezaba a planear el proyecto hasta que ese entregaba hasta su etapa final, pero lo que entiende que está solicitando don Mario, es otra situación y se relaciona más con planificación que con hacer una proyección. Se tiene esta lista de proyectos, entonces, se tiene que priorizar y una vez que los priorizan, entonces, se indica cuánto se va a invertir, por ejemplo, como inversión fija pero, además, se van a requerir gastos variables, porque van a tener que contratar a los médicos, se tiene que equipar, entre otros y son aspectos que se contemplan por aparte, lo cual sería hacer una proyección de un presupuesto en base a las necesidades que se priorizaron, por ese aspecto se imaginó que sería lo lógico en una organización que estuviera a cargo de la Dirección de Planificación. No conoce aquí las capacidades, así es como hubiera visualizado un proyecto dentro de una organización. Repite, no conoce si entendió más cuando doña Gabriela presentó el cambio organizacional ante esta Junta Directiva.

El Ing. Granados explica que tal vez se malinterpretó el tema que doña Gabriela presentó, en ningún momento se ha indicado que la Gerencia de Infraestructura, tiene que ser la que esté integrando los proyectos y sea la encargada absolutamente de todo el proceso, más bien la propuesta era que a nivel de planificación, en términos de que se creara esa unidad de administración de proyectos. Por ejemplo, que sea como esa torre de control que le da seguimiento a como lo indicó don Mario y doña Fabiola, a todo el proyecto en todo su ciclo de vida desde que nace como una idea hasta que pasa por la priorización, así como por todos los estudios técnicos, por la parte de arquitectura e ingeniería y hasta que se entrega y se pone en operación, más bien esa fue la propuesta que cree que se presentó en su momento. Lo que hace un momento indicó don Mario es que le parece y es una sugerencia muy respetuosa, que se le puede pedir a la Gerencia de Infraestructura que vuelva a presentar ese tema y si la Junta Directiva aprueba la creación de esa unidad, la primera tarea que se le asigne sea la de hacer este tipo de análisis, es decir, al tema que se refirió don Mario, en términos de que se presente el cronograma completo, porque si no es como establecer la tarea antes de la unidad, precisamente, no está porque está el proceso está muy desperdigado. Entonces, más bien si la Junta Directiva aprueba esa creación que una de las primeras tareas, sea presentar el análisis integral del portafolio de proyectos, en lo que es la parte de plazas, así como de recursos financieros y la de recurso de inversión física, además, la parte de operación y mantenimiento.

El señor Presidente Ejecutivo señala que como lo indicó don Mario, tal vez se pueda volver a revisar el tema en otra sesión. Si no se replantea el acuerdo de que se tiene prohibido hacer cualquier ajuste a la estructura, hasta que se termine con el proyecto de reestructuración, se van a continuar detenidos en el asunto, además, le parece que ya se tiene que ir definiendo algunos elementos de reestructuración. En cuanto al tema del EDUS es otra urgencia, el proyecto se presentó y se propuso la estructura y no se aprobó por lo mismo, en su tiempo y por otros aspectos. El proyecto como lo explicó don Jorge es una cuestión dinámica, con lo cual se va adaptando en el tiempo y se va ejecutando y es un tema que se aprueba cada año. Somete a votación el portafolio de proyectos si están de acuerdo para que sea aprobado.

Por consiguiente, se tiene a la vista el oficio N° GIT-1125-2018, de fecha 23 de julio de 2018, que firma el ingeniero Granados Soto, Gerente a.i. de Infraestructura y Tecnologías que en adelante se transcribe y refiere propuesta actualización del *“Portafolio de Proyectos de Inversión en Infraestructura y Tecnologías -Quinquenio 2019-2023”*:

“Para toma de decisión de ese Órgano Superior, presento la propuesta de Actualización del Portafolio de Proyectos de Inversión de Infraestructura y Tecnologías, de la CCSS para el quinquenio 2019-2023.

I. Introducción.

Por disposición de Junta Directiva, desde hace una década la Caja Costarricense de Seguro Social cuenta con un Portafolio de Proyectos de Inversión en Infraestructura y Tecnologías, como instrumento para la toma de decisiones. Cada año se actualiza el documento, para adaptarlo a la dinámica institucional, incorporando nuevos proyectos, reportar los proyectos concluidos y ajustando la programación física y financiera, según la capacidad técnica instalada y la disponibilidad institucional de recursos.

Este Portafolio, sirve de guía a las instancias involucradas, facilitando la sincronización de los esfuerzos en el desarrollo de las distintas etapas por las que pasan los proyectos de infraestructura y tecnologías.

II. Fundamentación.

La actualización de dicho Portafolio se fundamenta en aspectos como:

1. Acatamiento a las Normas de Control Interno para el Sector Público, promulgadas por la Contraloría General de la República, con énfasis en lo indicado en el numeral 4.5.2 sobre “Gestión de proyectos”, mediante el cual el jerarca y los titulares subordinados, según sus competencias, deben establecer, vigilar el cumplimiento y perfeccionar las actividades de control necesarias para garantizar razonablemente la correcta planificación y gestión de los proyectos que la institución emprenda, incluyendo los proyectos de obra pública relativos a construcciones nuevas o al mejoramiento, adición, rehabilitación o reconstrucción de las ya existentes.

2. La disposición de Junta Directiva de conformar un Plan Quinquenal de Inversión, según lo acordado en la Sesión N° 8150 Artículo 1°, celebrada el 10 de mayo de 2007, que forma parte el Plan Estratégico de la Institución: *“Una Caja Renovada: Hacia el 2025”*.
3. La asignación de recursos de inversión para el 2019 debe coincidir con el Presupuesto Institucional 2019, congruente con lo dispuesto por la Junta Directiva en la Sesión N° 8427 Artículo 7°, del 4 de marzo de 2010, de actualizar el Portafolio cada año, en paralelo con el ejercicio de formulación presupuestaria para adaptarlo a la disponibilidad de recursos.
4. El Portafolio forma parte de la “Agenda de Fortalecimiento” e integra los proyectos de infraestructura y tecnologías a realizar en el quinquenio, mediante gestión interna de la CCSS y por gestión de Fideicomiso de Obra Pública, como alternativa para atender la demanda, el cual fue aprobado por Junta Directiva en el artículo 13 de la Sesión N°8860, celebrada el 25 de agosto de 2016.
5. Los proyectos de infraestructura y tecnologías incluidos en el Portafolio, contribuyen en el cumplimiento de temas prioritarios para la gestión por resultados, congruente con lo dispuesto por Junta Directiva Sesión 8730, artículo 13, de agosto 2014.

III Proceso para incluir los Proyectos en Portafolio.

Los proyectos pasan por diferentes etapas de desarrollo, desde la identificación, planificación, estudios técnicos especializados, financiamiento, anteproyecto, diseño, contratación, ejecución, puesta en marcha y mantenimiento. Mediante la conducción de la Dirección de Planificación Institucional, se está creando un “Banco de Iniciativas”, para registrar, consolidar iniciativas que potencialmente podrían convertirse en proyectos. Las iniciativas se analizan y de cumplir con los requerimientos técnicos, se realizan los estudios de preinversión, como paso previo para ingresar al Portafolio. Se pretende que el Portafolio contenga principalmente proyectos que han madurado el nivel de análisis, se ha definición de su alcance en todas las dimensiones de factibilidad técnica, financiera, de recursos humanos, y sostenibilidad en la etapa de operación, para pasar a otras acciones como estudios ambientales, anteproyecto, planos y permisos y así sucesivamente ir pasando a las etapas de contratación, ejecución, puesta en marcha y mantenimiento.

IV. Montos de Inversión, Destino y Origen de los Recursos Financieros.

El Portafolio de Proyectos de Inversión en Infraestructura y Tecnologías de la CCSS, cuenta con 176 proyectos y 6 programas, para un total de 182, los cuales serán desarrollados tanto por gestión interna como por medio de fideicomisos, según las siguientes estimaciones en millones de colones.

**CCSS: Portafolio de Proyectos de Inversión en Infraestructura y Tecnologías
2019-2023
Inversión por modalidad de Ejecución
(Millones de colones)**

	Infraestructura Hospitalaria	533.217
	Sedes de Área	58.894
	Sedes de EBAlS	23.581
Gestión Interna	Administrativos y Logísticos	46.800
	Equipo Médico	52.423
	Ingeniería Ambiental, Seguridad y Equipamiento Industrial	55.696
	Inversión estimada (144 proyectos y 6 programas)	770.611
	Infraestructura Hospitalaria	40.000
Gestión fideicomiso	Administrativos y Logísticos	17.000
	Sedes de Área	194.063
	Inversión estimada (32 proyectos)	251.063
	Total Inversión en millones de colones	1.021.674

Fuente: Elaboración propia

Las inversiones para este quinquenio tienen un crecimiento significativo porque un conjunto de proyectos de alta complejidad estarán en ejecución tales como: Torre Este del Hospital Dr. R. A. Calderón Guardia, Nuevo Hospital de Turrialba, Nuevo Hospital de Puntarenas, Nuevo Hospital de Cartago, Torre de Emergencias y Cirugía del Hospital San Juan de Dios, Torre de Quirófanos del Hospital México, Fortalecimiento del Hospital de Guápiles y las Sedes de Área de Salud.

Estos recursos provienen de distintas fuentes de financiamiento, principalmente del Seguro de Enfermedad y Maternidad mediante el cual se financia un 80,92% de estas inversiones. Otro 10,16%, está siendo financiado con un crédito suscrito con el Banco Centroamericano de Integración Económica (BCIE), un 4,96% con recursos del Programa de Fortalecimiento de la Atención Integral del Cáncer (PFRON), un 3,92% con Ley 8793 Fideicomiso CCSS-BNCR-APHNN (Torre de Esperanza) y un 0,04% son recursos provenientes de la Junta de Protección Social. El siguiente cuadro muestra el origen de los recursos según fuente de financiamiento:

**CCSS: Portafolio de Proyectos de Infraestructura y Equipamiento
Origen de los recursos según fuente de financiamiento**

Quinquenio 2019-2023 en millones de colones

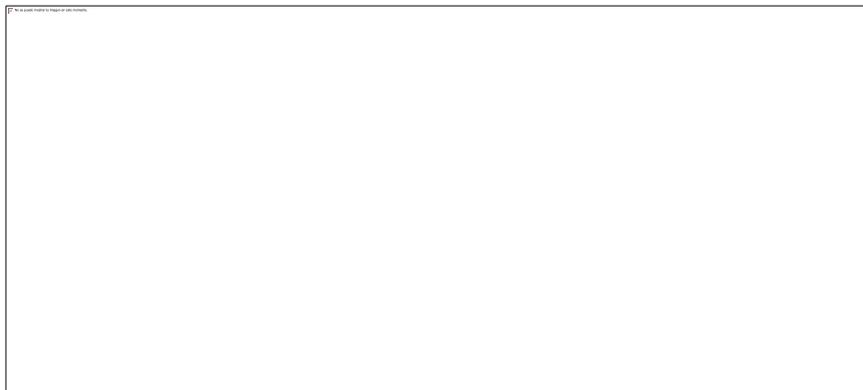
Fuentes de Financiamiento	Inversión 2019-2023	2019	2020	2021	2022	2023
Total	1.021.674	143.964	322.944	289.270	200.459	65.036
Seguro de Enfermedad y Maternidad (SEM)	826.754	116.969	212.809	255.810	177.379	63.786
Banco Centroamericano de Integración Económica (BCIE)	103.800	14.400	83.400	6.000	0	0
Programa de Fortalecimiento de la Atención Integral del Cáncer (PFRON)*	50.703	12.595	26.318	7.460	3.080	1.250
Ley 8793 Fideicomiso CCSS-BNCR-APHNN (Torre de Esperanza)	40.000	0	0	20.000	20.000	0
Junta de Protección Social (JPS)	417	0	417	0	0	0

* Ley N° 9028 "Ley de Control del Tabaco y sus efectos nocivos para la salud"

*Ley N° 8718 "Autorización para el cambio de nombre de la Junta de Protección Social y establecimiento de la distribución de rentas de las loterías nacionales"

Según las estimaciones presentadas en el Cuadro anterior, en la formulación del presupuesto de inversión del Plan Presupuesto Institucional 2019, se requiere una asignación de 116.969 millones de colones del Seguro de Enfermedad y Maternidad que en conjunto con otras fuentes suman un total de 143.964 millones de colones para el año 2019.

De acuerdo con las proyecciones de inversión del quinquenio, se destinará un 92% de los recursos al fortalecimiento de los servicios de salud y un 8% para servicios de apoyo logístico y financiero.



Fuente: Elaboración propia

De las inversiones destinadas a servicios de salud, un 31% fortalecerán el I Nivel de Atención, un 38% el II Nivel de Atención y un 31% el III Nivel de Atención, tal como se observa en el siguiente gráfico:

CCSS: Portafolio de Proyectos de Inversión en Infraestructura y Tecnologías
Distribución de Recursos por Nivel de Atención



Fuente: Elaboración propia

La asignación de los recursos financieros se realiza a partir de las siguientes consideraciones:

- ✓ Proyectos con contratos en ejecución y compromisos legales.

- ✓ Proyectos que cuentan con financiamiento del Banco Centroamericano de Integración Económica, (BCIE).
- ✓ Proyecto con financiamiento de la Junta de Protección Social (JPS).
- ✓ Proyectos con recursos de las Leyes N° 9028 Ley General de Control del Tabaco y sus Efectos Nocivos en la Salud, y la Ley N° 8718 Atención Integral del Cáncer.
- ✓ Proyectos incluidos en el “Fideicomiso de Obra Pública” con el Banco de Costa Rica.
- ✓ Proyecto financiado con la Ley 8793 que permite la asignación del 0.78% del presupuesto de FODESAF para “Torre de Esperanza”, Hospital Nacional de Niños, gestionado con el Fideicomiso suscrito con el Banco Nacional de Costa Rica y administrado por la Asociación Pro Hospital Nacional de Niños.
- ✓ Proyectos en proceso de licitación o con avances importantes.

V. Proyectos concluidos entre 2017-2018 y por incluir en Portafolio 2019-2023.

Un conjunto de proyectos que formaban parte del Portafolio, al concluirse ya no aparecerán en el documento, mientras que otros proyectos de nuevo ingreso se proponen incluir en esta actualización, tal como se observa a continuación:

CCSS: Proyectos de Nuevo Ingreso al Portafolio

1. Plan de Abordaje Hospital Nacional de Niños	10. Reforzamiento Lavandería Central
2. Fortalecimiento de los servicios de Geriatria y Gerontología (Etapa 1)	11. Programa centrales de monitoreo
3. Remodelación y Ampliación Anatomía Patológica Hospital México	12. Unidad médica móvil
4. Nuevo Hospital de Limón	13. Rehabilitación Modulo Lavandería, Casa de Máquinas y Lavandería del Hospital Tomas Casas
5. Puesta a Punto Área de Salud San Rafael de Heredia	14. Puesta a Punto de Hospital San Francisco de Asís, Grecia Reforzamiento Estructural Edificio CENDEISSS.
6. Adquisición Edificio para traslado (reforzamiento Oficinas Centrales)	15. Puesta a Punto Área de Salud Belén Flores.
7. Centro Tecnológico y de Telecomunicaciones	16. Cincuenta y cinco EB AIS
8. Acelerador lineal monoenergético Hospital México	
9. Remodelación Clínica Oftalmológica	

CCSS: Proyectos Concluidos (salen del Portafolio)

1. Centro Nacional de Control del Dolor y Cuidados Paliativos	12. Sede de Ebais Poasito
2. Urgencias Hospital de Pérez Zeledón	13. Sede de Ebais San Rafael de San Ramón
3. Nutrición Hospital San Rafael	14. Sede de Ebais Upala
4. Consulta Externa H. S. Rafael	15. Sede de Ebais La Ribera
5. Sala Oncología HCG	16. Sede de Ebais Escobal

6. Actualización equipo Radioterapia Hospital México	17. Sede de Ebais Cabagra
7. Hemodinamia HCG	18. Sede de Ebais Santa Cruz, Buenos Aires
8. Tomógrafos Regionales	19. Sede de Ebais Paso Canoas y Colorado
9. Fortalecimiento Hospital Dr. R. A. Calderón Guardia (I Etapa, 1. Tanques de combustible 2. Quirófanos Torre Sur 3. Nutrición y Ropería 4. Obras Complementarias)	20. Sede de Ebais Cañaza, Puerto Jiménez
10. Readecuación Estructural, Arquitectónica y Electromecánica Hospital de La Anexión, Nicoya	21. Sede de Ebais San Juan, Ciudad Quesada
11. Equipo médico: Programa arcos en C, IV fase rayos X, unidades dentales fijas y transportables, rayos X dentales, osciladores de alta frecuencia, ventiladores pulmonares, centrales de monitoreo, torres de endoscopia y Litotriptor, autoclaves.	22. Sede de Ebais Santa Clara, Florencia
	23. Sede de Ebais Vuelta Jorco
	24. Sede de Ebais Tirrasas
	25. Sede de Ebais Dos Cercas
	26. Sede de Ebais San Juan Norte Corralillo
	27. Sede de Ebais Carrizal
	28. Sede de Ebais Sepecue
	29. Sede de Ebais Bajo Blei
	30. Sede de Ebais Piedra Mesa
	31. Sede de Ebais Cedral
	32. Sede de Ebais Santa Eduvigis Chacarita

Recomendación y Propuesta de Acuerdo:

Por tanto, considerando que es de interés público fortalecer los servicios de salud que brinda la Institución, mediante la renovación de su patrimonio inmobiliario y el desarrollo tecnológico, y de acuerdo con lo anteriormente expuesto, la Gerencia Infraestructura y Tecnologías, recomienda a la Junta Directiva...”,

habiéndose, realizado la presentación pertinente por parte del Ing. Jorge Granados Soto, Gerente Infraestructura y Tecnologías, a.i. y con base en su recomendación que concuerda con los términos del oficio N° GIT-1125-2018, la Junta Directiva –en forma unánime- **ACUERDA:**

ACUERDO PRIMERO: aprobar la actualización del *Portafolio de Proyectos de Inversión en Infraestructura y Tecnologías de la Caja Costarricense de Seguro Social, para el Quinquenio 2019-2023*, el cual formará parte de la formulación del presupuesto de inversión del Plan Presupuesto Institucional 2019, en los términos contenidos en el documento anexo a la nota GIT-1125-2018, que queda constando en forma anexa al borrador original de esta acta.

ACUERDO SEGUNDO: instruir a la Dirección de Planificación junto con las Gerencias para que presenten el cronograma completo de los proyectos del Portafolio. Además, presentar una propuesta sobre la creación de la Unidad Administradora que le dará seguimiento a esos proyectos.

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

ARTICULO 12°

Comenta el señor Presidente Ejecutivo que por un asunto de acumulo de vacaciones, tuvo que enviar de vacaciones a la Licda. Zúñiga Valverde y menciona que lo hizo en estos días, pues eran sus últimos actos administrativos. Entonces, la Licda. Segura Solís va a sustituir a doña Emma, sin embargo, hay una situación que por el período de vacaciones que tenía doña Emma Zúñiga acumulada, probablemente, para esa sustitución se tenga que efectuar por concurso. Hay que escoger a la persona idónea por lo menos dentro de los términos que el perfil y las funciones e, inclusive, una serie de cuidados que van más allá de lo que estrictamente está en papel. Se necesita una persona idónea desde la óptica de discrecionalidad, capaz de manejar los asuntos que en esta Junta Directiva se presentan, capaz de interactuar con las Gerencias, con los Asesores más directos de esta Junta Directiva y con los mismos Miembros de la Junta Directiva. Al final, terminan involucrados en elementos de protocolo, por ejemplo, así como de comunicación, porque comunica los acuerdos. Es un perfil que no es sencillo de encontrar, pero en esta Junta Directiva no se va a definir el tema hoy, pero si por lo menos trazar líneas. Pedir una revisión de las funciones o del perfil dependiendo. No obstante, su recomendación expresa es que no se crea, porque doña Emma cumplía esas funciones a cabalidad, cuando se saque el concurso se va a encontrar una persona de acuerdo al perfil y las funciones que están escritas en papel. Eso es lo que quiere advertir, porque se podría ingresar en una dinámica y es un concurso y quedan obligados a elegir al final, no es una plaza de confianza. Entonces, no se puede hacer un levantamiento de lista de elegibles, se tiene que hacer un concurso, por lo que su recomendación es que cuando se haga ese concurso, estén seguros de que perfil de la persona que va a escoger, el Presidente Ejecutivo de turno, pero sí cree que es un asunto de toda la Junta Directiva. No obstante, si creen y deciden otra situación que se encargue la administración activa de ese concurso y esa sustitución. En ese sentido, se indique expresamente y es el último tema, porque es de amplia repercusión, dado que hay una oportunidad de mejorar el funcionamiento de la Junta Directiva operativamente. Las funciones están descritas en el Reglamento de Puestos o más bien en el Manual de Puestos. En esos términos, si la Junta Directiva cree que no es pertinente discutir el asunto, entonces, puede indicar que el tema lo resuelve la Presidencia Ejecutiva.

El Director Devandas Brenes pregunta quién nombra, si es la Junta Directiva o es la Presidencia Ejecutiva, pues es una pregunta fundamental. Lo segundo es que tomando en cuenta sus palabras y la experiencia, en este caso de que es necesario fortalecer la Secretaría de Junta Directiva, pareciera que es prudente una revisión integral de puestos en la Junta Directiva, no solo de la Secretaría y de la persona que ejerza el titular. Entonces, se analice cómo es que funciona toda la Secretaría y como están las cargas de trabajo, incluso, planteaba una pregunta sobre el tema de los interinazgos, pues le pregunto a doña Emma si los interinazgos alcanzaban la Secretaría de Junta Directiva y respondió que sí, incluso, si se va el personal de la Secretaría la plaza se congela, porque está dentro de las disposiciones de congelamiento de plazas. Entonces, le parece que el tema se tiene que analizar integralmente y no solo el asunto de una persona, sino que habría que pedir urgentemente y no sabe a quién, quien hace esos estudios para que presente a la Junta Directiva un proyecto de fortalecimiento de la Secretaría, con un análisis de puestos y ahí entraría el perfil de cada puesto, porque no conoce cómo está la situación, es decir, si existen nombramientos interinos y si se tienen que promover concursos. En la de menos, se podría hacer un análisis integral, para que se atienda la preocupación del doctor Llorca.

El doctor Llorca Castro indica que lo plantea como un asunto de una persona, porque lo que urge es la Jefatura. Llama la atención en que el próximo jueves es y si el tema se deja para ser resuelto el siguiente jueves, habrían pasado 15 días.

Pregunta el doctor Devandas Brenes que si no pueden nombrar una persona interina mientras tanto.

El doctor Llorca Castro indica que no conoce ese estudio integral que está solicitando don Mario, pues conociendo esta Institución transcurrirían años y no se ha decidido ninguna situación. El tema lo tiene claro y le parece bien.

Agrega don Mario Devandas que si se establece un plazo.

Al respecto, indica el señor Presidente Ejecutivo que aunque a todos los temas se les establezca un plazo, no se cumple.

El Director Salas Chaves señala que para no redundar en el tema, le parece que no es un secreto porque antes de terminar la sesión, ya está la televisión en los medios, el Facebook y si bien es así, no hay duda que el tratamiento de los temas es muy delicado. Entonces, piensa que hay que hacer un esfuerzo en ese sentido de buscar personas aquí en la Institución sin duda y aquí mismo, hay personas que tienen disciplina y la prudencia, en el manejo de los temas que en esta Junta Directiva se tratan como en el caso de los Gerentes. Le preocupa, porque en el proceso se determinó una cantidad de situaciones, pues había intereses de un lado y otro, “era más fácil sentarse ahí al lado o ir a algún lado a conversarlo previamente y presentar los nombres y se acabó”. No todos los temas serán así, pero quiere señalar que doña Emma “sembró” la prudencia absoluta. Ese aspecto es importante tenerlo en cuenta y, luego, con otro 50% de peso la capacidad de organizar esta Junta Directiva, porque hay que ser un “mago para sacar esto bien”, los acuerdos. Comenta que cuando estuvo el Contralor don Luis Fernando Vargas Benavides, él con una prudencia igual que la de doña Emma, con un cuidado, se reunían en la Secretaría para revisar los asuntos hay técnicas. Como ilustración, señala que asistió al Consejo de Gobierno durante cuatro años. El Consejo de Gobierno era la gestión, por ejemplo, más impecable de este mundo, porque se fijaban dos o tres temas para discutir en una mañana, una sesión muy corta, presentaba alguna persona un tema, se realizaba algún comentario, si o no, listo y se aprueba tal asunto y el acta del Consejo de Gobierno no pasa de tres páginas. Se busca que sea muy pequeño con el objeto de no incluir elementos que puedan confundir, sino que sea preciso el tema que se aprobó y que no. Como ilustración, por lo menos con el Presidente José María Figueres que tenía ese estilo de no indicar ningún aspecto en el acta que no fuera lo esencial. Entonces, le parece que no es fácil, pero hay muchas personas que podría atender la Secretaría mientras se resuelve la situación, así como lo está planteando don Mario más elaborado alrededor de la Secretaría.

El doctor Fernando Llorca comenta que la Dirección de Planificación, está haciendo una evaluación integral de toda la Secretaría y está bastante adelantada y es la información que tiene. En todo caso, la advertencia que deja es que la Jefatura hay que resolverla pronto, porque si se va realizar un concurso, se tiene que publicar y hacer la convocatoria y le preocupa, porque el proceso no es expedito. Hace hincapié en que hace mención del asunto con mucha vehemencia porque siente que es su deber.

El Director Devandas Brenes consulta cuál es la propuesta que se ordene y se saque a concurso el puesto.

El señor Presidente Ejecutivo indica que exactamente. Primero se tiene que revisar el perfil, segundo revisar las funciones y está haciendo referencia de la jefatura, exclusivamente, tercero definir muy bien las cualidades humanas, cómo se van a sopesar y quién va a sopesar la trayectoria.

El doctor Devandas Brenes le indica al doctor Llorca que está informando que la Dirección de Planificación tiene un estudio avanzado en esa Secretaría, Pregunta si se está coordinando con la Dirección de Gestión y Administración de Personal.

El doctor Fernando Llorca Castro responde que no.

Sobre el particular, a don Mario le parece que es el problema del Reglamento. Le pregunta al Auditor y al Asesor Legal, pues entiende que hay un Reglamento que establece, incluso, esas responsabilidades, como ilustración, señala quién propone el perfil de un puesto.

El doctor Llorca Castro agrega que si no quieren complicarse la existencia su recomendación es instruir a la Presidencia Ejecutiva.

Le indica el Director Devandas Brenes al señor Presidente Ejecutivo que es su propuesta.

Al respecto, señala el doctor Fernando Llorca que si es su propuesta que don Román Macaya, analice todos esos aspectos y plantee una ruta de acuerdo con las posibilidades reales y tendrá que buscar una persona idónea. En cuanto al tema de la Dirección de Planificación, le parece importante el asunto, porque considera que la Secretaría tiene muchas oportunidades de mejora en recursos. Hay que implementar tecnologías, evidentemente, mejorar los procesos, los tiempos son otros, pero como indica el doctor Salas, hay que tener mucho cuidado con esa transparencia. Comenta que las actas del Consejo de Gobierno que él conoció, eran bastante escuetas, muy simples y en la Caja, él está firmando actas muy grandes.

El señor Auditor anota que el libro oficial de actas va por el año 2014, cuando esté en Washington se le enviará el libro para que lo firme.

El doctor Devandas Brenes indica que cuando se integró a la Junta Directiva en el año 2014, la publicación de las actas en la página Web tenía dos años de atraso y los señores Directores de ese entonces, no lo dejan mentir. Por lo que empezó a pelear el atraso en la publicación y no comparte totalmente el criterio de don Álvaro, porque hay aspectos también de carácter histórico. Ha insistido en esta Junta Directiva que cuando se toma un acuerdo, ese acuerdo es tan importante como un acuerdo de la Asamblea Legislativa y muchas veces, los acuerdos y el abogado no lo deja mentir, hay que buscarles el espíritu del acuerdo y ese aspecto, se recoge de la discusión, porque a veces no queda bien plasmado en la redacción y pasa con las así sucede con las leyes y no entiende por qué y lo ha indicado en la Asamblea Legislativa, pues se sesiona a las 9:00 a.m. y si vuelve a sesionar a las 6:00 p.m., el acta de la Comisión está impresa y si se sesiona de 3:00 p. m. a 12 media noche el plenario y al día siguiente a las 3:00 p.m., en las curules están las actas impresas. No conoce si todavía la cultura del papel existe, puede ser que

ahora esté en digital, pero está con lo que la persona indica, porque aquí no le parece que diga, porque son responsables de lo que dicen. Por otro lado, lo que ha solicitado es que se le envíe el acuerdo. En esta Junta Directiva se toman acuerdos extraños, porque se indica: Se acuerda con base en el oficio tal y, realmente, el acuerdo está en el oficio, no en el texto del acuerdo. Recuerda que en el caso de hace un momento, con el tema de los trasplantes, el documento que les entregaron en esta Junta Directiva es distinto al que se iba a presentar, porque preguntó y observó el cambio que se estaba haciendo y se le indicó que hacía un momento se había modificado. Entonces, le parece que todos esos aspectos hay que revisarlos y que las actas a su juicio, tienen que ser fiel testigo de lo que se indique y se debata, así como el acuerdo. Por otra parte, hay otra situación que le parece extraña después de que se aprueba el acta, se envía a revisar porque se indica que es para que se determine qué es confidencial y que se puede o no publicar. Le parece que ese proceso debería ser a priori, cuando es confidencial habría que determinar con qué criterio se declara un tema confidencial y en el momento que se aprueba el acta, esa acta no puede aceptar ni una coma, está aprobada como está sin cambios. Comenta que participó en la Comisión de Redacción de la Asamblea Legislativa y una coma, cambia el sentido de una ley. El tema de la redacción es fundamental y aquí muchas veces, se han dado debates porque el acuerdo, unas personas lo interpretan de una manera y otras de otra. Por ejemplo, esa situación se generó en el Proyecto de Reestructuración, permanentemente, y es un aspecto que se tiene que poner en claro. Los acuerdos tienen que ser muy claros, concretos, pero un aspecto es la discusión, se acuerda, pero todo el respaldo de ese acuerdo y la intervención de cada Miembro de la Junta Directiva tomaron un acuerdo. Ese aspecto es importante por la historia del país y de la Seguridad Social del país. Le parece que así es la situación. Por ejemplo, tiene conocimiento que hay un libro famoso, en el que se cree que de un Secretario de Junta Directiva de apellido Sancho que se llama fuera de acta, y se recoge todos los acuerdos que se tomaban fuera de acta en la Junta Directiva de la Caja, ese libro existe. Por otra parte, ha planteado que estas sesiones se transmitan, que las agendas se publiquen, que las actas en borrador se publiquen, el doctor Guzmán no estaba de acuerdo pero cree que es parte de un proceso de transparencia y publicidad. En esta sesión de la Junta Directiva se toman acuerdos de una gran complejidad y se toman en firme, no le dan oportunidad a ninguna persona de opinar sobre ese acuerdo. Le indica a doña Fabiola que si vota un acuerdo, por ejemplo, podría ser que un amigo, compañero o funcionario de la Caja, lea el acuerdo en borrador y la llame y le indique doña Fabiola, fíjese que ahí hay y error y es la alerta, pero en este momento esa posibilidad no existe, se presenta el acuerdo y se indica en firme y en firme, no obstante, se podría estar afectando a toda la población y a 52.000 trabajadores de la Caja y en un solo minuto, sin dar oportunidad a que la ciudadanía les alerte, o les explique o les mejore. Francamente, le parece que esa situación se tiene que cambiar en la Caja.

Sobre el particular, el doctor Fernando Llorca indica que siente que la oportunidad de revisar ese tema, pasa por el estudio que está haciendo la Dirección de Planificación, las consideraciones de revisar quien va a liderar ese proceso y, evidentemente, su recomendación es por lo mismo instruir al Presidente Ejecutivo entrante a que lidere esa transformación. Pregunta si estarían de acuerdo en aprobar un acuerdo en esa dirección.

Pregunta don Mario que cómo sería el acuerdo.

Anota el doctor Fernando Llorca que lo que propone es instruir al señor Presidente Ejecutivo entrante, a liderar la revisión de lo que indicó don Mario empezando por la Jefatura, es decir, la revisión de la operatividad de la Junta Directiva en toda su dimensión empezando por la Jefatura.

El Director Devandas Brenes indica que está de acuerdo.

El Sugerente Jurídico aclara que hay que insistir, lamentablemente, en que si se le apuesta a ese tema, implica estructurar algo de una forma.

El doctor Fernando Llorca anota que no siente que sea un tema de estructura realmente, le parece que es un tema funcional, pero hay que hacer esa observación.

Somete a votación la propuesta del acuerdo y pregunta que si le van a dar plazo al señor Presidente Ejecutivo. Se acuerda dar un plazo de quince días.

Con base en lo expuesto por el Dr. Fernando Llorca Castro, Presidente Ejecutivo, la Junta Directiva –en forma unánime- **ACUERDA** instruir a la Presidencia Ejecutiva a liderar la revisión de la operativización de la Secretaría de Junta Directiva en toda su dimensión, que incluye el perfil para la Jefatura de Secretaría, presentar la propuesta en el plazo de 15 días.

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

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

Dr. Fernando Llorca Castro
Presidente Ejecutivo.