

Jueves 14 de marzo de 2019

N° 9022

Acta de la sesión ordinaria número 9022, celebrada por la Junta Directiva de la Caja Costarricense de Seguro Social, a las nueve horas con treinta y cinco minutos del jueves 14 de marzo de 2019, con la asistencia de los señores: Presidente Ejecutivo, Dr. Macaya Hayes; Vicepresidenta, Bach. Abarca Jiménez. Directores: Dra. Solís Umaña, Dr. Devandas Brenes, Agr. Steinvorth Steffen, MBA. Jiménez Aguilar; Auditor a.i., Lic. Sánchez Carrillo; Dr. Cervantes Barrantes, Gerente General y Lic. Alfaro Morales, Subgerente Jurídico. Toma el acta Ing. Carolina Arguedas Vargas, Secretaria Interina.

El director Salas Chaves comunicó con antelación que no podrá participar en la sesión de esta fecha. Disfruta de permiso sin goce de dietas.

El director Loría Chaves, informó que no podrá estar presente en la sesión de esta fecha. Disfruta de permiso sin goce de dietas.

La directora Alfaro Murillo retrasará su llegada a esta sesión.

ARTICULO 1°

Comprobación de quórum, básico.

Ingresa al salón de sesiones la Máster Martha Acosta Zúñiga y los licenciados Jainse Marín Jiménez y Jimmy Bolaños, funcionarios de la División Jurídica.

ARTICULO 2°

Se recibe a la Máster Martha Acosta Zúñiga; motivar a la participación en el curso "10 Poderes para prevenir la corrupción"; a cargo de los licenciados Jainse Marín Jiménez y Jimmy Bolaños, funcionarios de la División Jurídica.

La señora Contralora General de la República se refiere al curso que está ofreciendo la Institución

Máster Acosta Zúñiga:

(...) Porque queremos invitarlos para que la Caja participe en un curso, a sus funcionarios que hemos denominado "los diez poderes para prevenir la corrupción", digamos, que este es un tema, digamos, una manera distinta nosotros de abordar el tema de la corrupción y en los últimos años, hemos querido dar un enfoque distinto, más preventivo que detectivo y sancionatorio, porque la experiencia nos ha dicho que la gran mayoría de los países, se dejó de lado el enfoque preventivo, y todo es sanción y todo es detección y en realidad el gran costo de la corrupción se puede evitar o por lo menos mitigar, si hacemos más labor de prevención, entonces este curso, quienes venimos a proponer, esta es la cuarta edición, cada año participan diez instituciones, y a la Caja la hemos seleccionado para invitarla este año, y eso consiste en que cada una de las instituciones proponga cinco o siete personas, para que participen, el curso es 99% virtual, solamente se hace una sesión presencial para explicarle a las personas de qué se trata y cuál es la metodología, cuáles son los fines que se persiguen, esa reunión presencial va a ser el 7 de agosto, y nosotros lo

que proponemos a las instituciones que participan es que escojan si están de acuerdo en participar, personas que tengan mucho conocimiento sobre el tema de la planificación institucional y personas que trabajen en procesos que el jerarca, en este caso ustedes Junta, estimen son vulnerables al tema de corrupción, porque la idea es que las personas que van allá, cuando se les explique, ahí se les va a detallar que cada institución va a tener lo que se llama un aula virtual, lo que ahí se hable, lo que ahí se trata, en esa aula virtual se queda, esto no es para efectos de fiscalización, no es eso, es simplemente un aporte que nosotros damos para que esas personas que participan finalmente, hagan un plan para prevenir corrupción en sus instituciones, pero cuando digo un plan no se imaginen que son cientos de acciones que van a tener que ir e implementar, sino cosas básicas, digamos granitos de arena, que puedan aportarle a las instituciones una mayor prevención en el tema de corrupción. Sobre todo aquí lo que se pretende es que las personas que participen aprendan sobre mecanismos de prevención, sobre los temas de ética, que aprendan a ver las cosas de manera distinta y que finalmente aporten a la institución algo, no es solo van se quedaron con el conocimiento y ya, sino que aporten, hagan un plan, que se lo presenten a la Junta, que la Junta valore si está de acuerdo o no, que si le quiere quitar o le quiere poner, me explico, queremos que las personas que participen realmente aporten a la institución, aunque sea un granito de arena, nosotros decimos, vean estas cosas, para nosotros es una inversión importante de recursos, pero algo que logremos cambiar, una actitud que logremos cambiar para nosotros es ganancia y creo que para la institucionalidad también. Entonces de esto se trataba esta reunión, yo, bueno, a mí me acompañan ellos dos, porque son las personas que desde el origen de este curso han estado ahí, quienes lo inventaron, quienes lo han trabajado, y cuando yo digo los diez poderes, estamos hablando básicamente de los temas de transparencia, del tema de las personas, del tema del control y cómo debe ser visto el control en esto, porque el control no es un fin en sí mismo, el tema de la normativa, el tema de la simplificación, el tema de la inteligencia, el tema de como la organización y las personas tienen poder para prevenir la corrupción, entonces de eso es que se trata, entonces, nosotros les vamos a entregar un "brochurcito". Jimmy, si quiere se los va y se los entrega, ya lo tienen sí mirá, para que ustedes conozcan un poquito más el detalle de lo que se trata y nos gustaría que luego ustedes lo conversen y nos digan si están de acuerdo en participar y escoger cinco o siete personas, básicamente, es virtual, que les den el permiso, digamos, de que algunas horas a la semana se dediquen a esto, el curso empieza formalmente el 14 de agosto y termina el 30 de noviembre, y en el transcurso son unas 10 horas semanales lo que tendrían que dedicarle, para que ustedes le den el permiso a las personas si es que están de acuerdo en participar, esto no es obligatorio, esto es simplemente un aporte que queremos dar, de todo lo que hacemos esto tiene un carácter distinto, es voluntario, es basado en la decisión de ustedes de entrarle al tema de la prevención, etc., entonces, eso es don Román y señores y señoras.

Doctor Macaya Hayes:

Muchísimas gracias por venir aquí en persona para promover este curso. Creo que tendrá nuestra respuesta totalmente positiva en la participación de la Caja, más con la venta de la máxima jerarca de la Contraloría para que participemos, les agradecemos más bien que nos tomen en consideración para esto, porque definitivamente la Caja por el tema del presupuesto, por el tema del tamaño de las compras, tiene que abordar estos temas sí o sí.

Máster Acosta Zúñiga:

Claro, ahí digamos sí, yo vengo personalmente, porque a mí me interesa transmitir que es importante, quizás el aporte no es, pero es importante, ahí digamos ustedes valorarán si van a participar, cuáles son los procesos más vulnerables. Para contarles de las experiencias que hemos tenido, muchas, la mayoría escogen el tema del potencial humano, de recurso humano, el tema de la contratación y la selección, el tema de las proveedurías, también es un tema que normalmente participan, entonces habrá muchos otros, la Caja es muy grande, es inmensa, ustedes la conocen y podrán ahí definir, y sí nos gustaría que quizás nos digan cuando ustedes acepten, con quién podemos coordinar, porque como son siete personas, o cinco, las que ustedes definan, para efectos de ponernos de acuerdo con los detalles.

Directora Jiménez Aguilar:

¿Y ese es el máximo que se manipula por institución?

Máster Acosta Zúñiga:

Sí, ese es, digamos como de acuerdo con la capacidad institucional lo que hemos, porque son diez instituciones, pero si hubiera alguna institución que nos pide dos o tres campos más nosotros estamos dispuestos no hay problema, si la Caja quisiera un poquito más conversamos porque en realidad nos interesa mucho.

El doctor Macaya Hayes le da la palabra a la directora Abarca Jiménez.

Directora Abarca Jiménez:

Sí, muchas gracias por la invitación, porque es muy importante que participemos, una pregunta, ¿el curso tiene que se ha llevado allá en la Contraloría o se hace desde, es virtual desde la computadora de cada uno?

Máster Acosta Zúñiga:

Es virtual solamente el primer día hay una sesión, un máximo de dos horas en la Contraloría, para enseñarles cómo funciona, la metodología, el sistema y explicarles el fin de todo, porque a veces la gente dice por qué yo, por qué me mandaron a mí a este tema, se les explica.

Directora Abarca Jiménez:

¿Pero son diez horas semanales? Pero cada uno lo hace en el tiempo de cada uno.

Máster Acosta Zúñiga:

Lo ideal es que la institución les de permiso de hacerlo en horas laborales, pero ya si deciden hacerlo en la noche, igual lo pueden hacer en la noche.

Lic. Jimmy Bolaños:

Tal vez para aclarar el punto, en realidad los participantes forman un equipo, no es algo solamente, claro que hay una tarea de estar estudiando individualmente los temas, pero semana tras semana se les pone una tarea porque hay que ir diagnosticando la institución y viendo como qué tipos de acceso se pueden ir haciendo y luego se van priorizando, de hecho el curso termina como con un plancito, un diagnóstico y un plan y viene y se les presenta a ustedes. Nosotros vamos a estar aquí otra vez como en noviembre diciendo bueno, la experiencia fue esta, encontramos estos aspectos, y de todo esto nos parece que la Caja por lo menos hiciera estas y estas acciones, es lo que consideraríamos. Entonces eso es importante que lo sepan porque a veces hasta los directivos quieren participar o mucha gente quiere participar, pero cuando ya le dicen pero es que a qué hora nos vamos a ver, para ver qué vamos a contestar y tal cosa, ahí se puede complicar, entonces más bien la experiencia, digamos, no ha sido, cuando participa gente de muy alto perfil no han sido buenas, porque claro la persona, de hecho podemos pasar el curso si lo quisiéramos, pero digamos, como hay un trabajo que tienen que hacer los participantes, ahí se les complica, eso lo hemos visto en algunas instituciones, el año pasado que estuvimos con municipalidades, fue delicado. Así es que sí hay que escoger personas que puedan, no solamente hacer el curso, las lecturas y eso, sino también tienen que sacar un tiempito, porque tienen que hacer trabajo semanal como equipo, entonces eso es algo importante de decir y también es muy importante reiterar que por lo menos una de esas personas tiene que ser del área de planificación, los que están en el área de planificación o control interno, etc., normalmente manejan toda la información de la institución, entonces eso facilita mucho el acceso a los procesos, a los procedimientos, aquí está el gerente, él sabe también, entonces eso nos parece que ha servido muchísimo. Desde el plan piloto vimos que si no había alguien de planificación, el resto de las personas están solo metidos, la proveeduría, potencial humano, que tal otra área, terminan de perder de vista todo lo que se está haciendo en la institución, y no queremos duplicidades, no queremos ese tipo de cosas.

Máster Acosta Zúñiga:

Tal vez ahí ya para nosotros terminar, decirles que las experiencias de los tres años previos han sido muy interesantes, muy buenas, bastantes buenos productos, luego de que eso se presenta y el jerarca lo aprueba y lo decidan implementar, ya eso queda aquí en la institución, ya la Contraloría ahí no interviene más, pero sí por lo menos hacer el aporte.

Doctor Macaya Hayes le da la palabra al Dr. Steinvorth.

Director Steinvorth Steffen:

Muy interesante la iniciativa y nosotros nos encontramos en un proceso de implementación de un plan de reestructuración, entonces me parece que es una buena oportunidad como para que ustedes nos dieran una idea de si es, personas del equipo de reestructuración puedan ser parte de este, formar parte del taller, ustedes lo valorarían, pudiera ser interesante, pero eso lo dejamos a criterio de ustedes.

Máster Acosta Zúñiga:

Bueno, muchas gracias.

Doctor Macaya Hayes:

Bueno, muchísimas gracias por la visita.

Coordinar la participación de 7 funcionarios de la Caja Costarricense de Seguro Social, se sugiere funcionarios en el área de planificación y contratación administrativa.

Por consiguiente,

“La señora Acosta Zúñiga expuso a los señores miembros de la Junta Directiva de la Caja Costarricense de Seguro Social, que el Plan Estratégico de la Contraloría General de la República contiene iniciativas que coadyuvan a mejorar la prevención de la corrupción. La señora Acosta Zúñiga motivó para que funcionarios de nuestra Institución participen en el curso virtual denominado “Diez Poderes para prevenir la Corrupción” el cual será impartido del 14 de agosto al 30 de noviembre de 2019.

Por lo anteriormente expuesto, se acordó que la Presidencia Ejecutiva designe e informe a dicha Institución sobre la participación de siete funcionarios de la Caja, con la atenta solicitud y sugerencia de que la asistencia a dicho curso incluya colaboradores en el área de Planificación y de Contratación administrativa, entre otros. “

Se retiran del salón de sesiones la Máster Martha Acosta Zúñiga y los licenciados Jainse Marín Jiménez y Jimmy Bolaños, funcionarios de la División Jurídica.

ARTICULO 3º

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

I) “Comprobación de quórum.

I) Consideración de agenda.

II) Reflexión.

III) Contraloría General de la República: se recibe a la Master Martha Acosta Zúñiga; motivar a la participación en el curso "10 Poderes para prevenir la corrupción"; a cargo de los licenciados Jainse Marín Jiménez y Jimmy Bolaños, funcionarios de la División Jurídica.

IV) Aprobación de acta de la sesión Nº 9012.

V) Audiencia con Jefes de Fracción, Asamblea Legislativa: Expediente Nº 20.923, Proyecto ley “Reforma al artículo 29 de la Ley número 9028, Ley General de Control del Tabaco y sus Efectos Nocivos en la Salud, de 22 de marzo de 2012 (artículo 15º de la sesión Nº 9020, celebrada el 28 de febrero de 2019)

VI) Correspondencia; para decisión

VII) Superintendencia de Pensiones SUPEN: Se recibe al Dr. Álvaro Ramos Chaves, Superintendente de Pensiones (SUPEN, 2 p.m.), a cargo de la Gerencia de Pensiones.

VIII) Gerencia General; para decisión

a) **Oficio N° GG-0139-2019**, de fecha 27 de enero de 2019: *propuesta de ajuste acuerdo adoptado en el artículo 31°, apartado II, de la sesión N° 8975, celebrada el 5 de julio del año 2018, sobre pago de vacaciones cuando se presenta terminaciones de contrato.*

b) **Oficio N° GG-0187-2019**, de fecha 12 de marzo de 2019: **seguimiento al artículo 4°, acuerdo primero, de la sesión N° 9000, celebrada el 12 de noviembre de 2018: Proyecto de Fortalecimiento de la Prestación de los Servicios de Salud**

IX) Gerencia Médica; para decisión

a) **Continuación presentación oficio N° GM-AJD-2891-2019:** “Análisis de necesidades de formación de Médicos Asistentes Especialistas e informe de distribución de médicos Especialistas año 2019”, la presentación estaría a cargo del Dr. Juan Carlos Esquivel, Director del CENDEISSS y de la Dra. Priscilla Balmaceda, coordinadora de la comisión técnica para el análisis y asignación de médicos especialistas.

b) **Propuestas beneficios para estudio: oficio GM-AJD-3303-2019**, de fecha 12 de marzo de 2019: Dr. Geovanny Zeledón Zamora, Microbiólogo del Hospital San Juan de Dios, para que realice un Diplomado de Especialización en Citometría de flujo para el diagnóstico y monitorización de Hemopatías malignas e inmunodeficiencias primarias en la Universidad de Salamanca España del 1°-04-2019 al 30-05-2019: beneficios que consisten en: permiso con goce de salario, el pago: estipendio mensual €1.400, pago de inscripción €480, pago tique aéreo \$582, pago de seguro médico \$173.

X) Auditoria.

a) **Oficio N° 300-2019**, de fecha 15 de enero de 2019: informe gerencial sobre la actividad desplegada por la Auditoría Interna durante el período-2018.

b) **Oficio N° 9238**, de fecha 25 de octubre de 2018: atención artículo 21°, acuerdo segundo de la sesión N° 8984 del 16-08-2018: solicitud de *informe de la Gerencia Financiera sobre el reclamo por la administración respecto al incendio ocurrido en el Hospital Tomás Casas de Ciudad Cortés*

- **Oficio N° GF-4914-2018**, del 08-10-2018: informe sobre las acciones realizadas incendio ocurrido en el Hospital Tomás Casas de Ciudad Cortes; anexa la nota DFC-2592-2018 (21°, *sesión N° 8984*): dar por recibido el informe

efectuado por el Área de Administración y Aseguramiento de Bienes y la SubÁrea de Gestión y Aseguramiento de Bienes y la SubÁrea de Gestión y Aseguramiento de Bienes, en oficio AAAB-573-18/SGAB-468-18 del 06-09-2018.

XI) Gerencia Administrativa; *para decisión*

- a) **Propuesta depuración de temas de agenda pendientes , Anexo I solicitudes de retiro de oficios**
- b) **Oficio N° GA-0097-2019**, de fecha 6 de febrero de 2019: atención artículo 38°, de la sesión N° 9002: informe cumplimiento acuerdos de Junta Directiva con prioridad alta.

XIII) Solicitud de retiro de agenda

A) Gerencia Financiera:

- 1) Solicita **retiro** en oficio N° GF-0395-2019: oficios N°s GF-4525-2018 del 19-09-2018 y GF-3044-2018 del 16-07-2018: **con el fin de presentar un estudio actuarial sobre el impacto sobre las finanzas del Seguro de salud: propuesta *modificación Reglamento de Salud:***
 - *inclusión artículo 11 BIS “Aseguramiento por cuenta del Estado”*
 - *Transitorio: ...personas que la entrada de vigencia de la reforma cuenten con un Seguro por Estado...mantendrán su beneficio hasta que venza su periodo; una vez vencido dicho plazo deberá ajustarse a las condiciones y requisitos de la reforma.*

2) Gerencia de Infraestructura y Tecnologías: *para decisión*

- a) Solicita **retiro** en nota N° GIT-1821-2018, del 7-12-2018: oficio N° GIT-1815-2018, de fecha 5 de diciembre de 2018: propuesta agenda N° 1 al contrato N° C-DAi-00002-2018, licitación pública 2017LN-000001-4402, promovida para la implementación del Sistema de Mamografía Digital para diferentes Áreas de Salud, CASI y Hospitales de la CCSS.

3) Gerencia Médica:

- a) Solicita **retiro** en nota N° 0489-2019 del 16-01-2019: oficio N° GM-AJD-0062-2018, de fecha 8 de enero de 2019: propuesta adjudicación licitación pública 2017LN-000011-2104, por la adquisición de Implantes Cocleares para el Hospital México
- b) **Oficio N° GM-AJD-0364-2019**, de fecha 16 de enero de 2019: tabla de control de vencimiento de contratos de servicios de salud por terceros.
- c) Solicita **retiro** en nota N° GM-AG-2631-2019 del 28-02-2018: oficio N° GM-AJD-2068-2019, de fecha 18 de febrero de 2019: *propuesta beneficios para estudio a favor de la Dra. Laura Arroyo Martínez, Médico Asistente Especialista en Cirugía General del Hospital San Juan de Dios, para que participe en el Programa de*

Seguridad, calidad, Informática y Liderazgo, en Harvard Medical School, EEUU del 18 de mayo del año 2019 al 9 de mayo del año 2020.

4) Gerencia de Logística:

- a) Solicita **retiro** en oficio GL-1224-2018 del 8-10-2018, con el fin de ajustar de manera integral a la demás normativa y a la recién jurisprudencia: oficio N° GL-0433-2018 de fecha 5 de abril del 2018: propuesta reforma “Modelo de distribución de competencias en Contratación Administrativa y Facultades de adjudicación de la CCSS”.

Anotación: dejar sin efecto los oficios números GL-45.701-2017 del 7-08-2017, GL-46.108-2017 del 7-11-2017 y GL-0162-2018 del 8-02-2018

XIV) ANEXO I

A) Gerencia Administrativa:

- a) El señor Gerente Administrativo en nota GA-1808-2018 del 12-12-2018 del 25-01-2018: solicitud del Gerente Médico solicita **retiro** del oficio N° GA-0127-2018 / GM-SJD-1043-2018, en vista que se encuentra realizando una revisión del cronograma a presentar: *cronograma de trabajo en relación con la finalización del Proyecto Modelo de Evaluación de Directores Médicos de Centros de Salud en la CCSS el 30 de abril-2018. (Revisión del cronograma)*

- b) Solicita **retiro** oficio N° GA-0205-2019 del 13-02-2019, la señora Hazel Jara Chaves, Asistente Ejecutiva a.i. de la Gerencia Administrativa: oficio N° GA-42418-2017, del 24 de agosto de 2017: presentación *informe técnico-jurídico y propuestas en relación con los pluses salariales en:*

- *Reconocimiento de Patólogos.*
- *Incentivo vivienda Médico Asistente Especialista Zona Rural.*
- *Salario en especie y auxilio económico para la alimentación.*

- c) Oficio N° GA-0340-2019, de fecha 6 de marzo de 2019; solicita **retiro** de agenda:

Oficio N° GA-1401-2018, de fecha 13 de setiembre de 2018: propuesta **Reglamento para la asignación de plazas en propiedad para los trabajadores de la CCSS.**

Oficio N° GA-42409-2017, de fecha 23 de agosto de 2017: atención artículo 30°, sesión N° 8878 del 8-12-2016: **informe en relación con la puesta en marcha de la propuesta introducción de “Mecanismos alternos al procedimiento administrativo y disciplinario y/o patrimonial tramitados en la CCSS”.**

Oficio N° GA-0313-2018, de fecha 20 de febrero de 2018: atención artículo 17°, sesión N° 8919 del 3-08-2017: **informe específico sobre cómo están funcionando los órganos bipartitos y dentro de ellos Junta de Relaciones Laborales**, a raíz del recurso de apelación presentado por el investigado Junior Trejos Rojas, expediente N° CIPA-063-09.

Oficio N° GA-42098-2017, de fecha 27 de junio de 2017: *certificación otorgada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) de la iniciativa Global EMT que clasifica al Equipo Médico de Emergencias de la CCSS como EMT nivel uno*; EMT (Equipo Médico de Emergencia). *Presentación.*

Oficio N° GA-0899-2018, de fecha 14 de junio de 2018: atención artículo 20, sesión N° 8952: *informe reforma a la Ley Constitutiva de la CCSS para que faculte la administración y gobierno en materia salarial.*

Oficio N° GA-42752-2017, del 20 de octubre de 2017: informe sobre *plazas de médicos especialistas que están siendo ocupadas sólo por cuatro horas* (39°, 8899).

Oficio N° GF-0876-2017/GA-42487-2017, de fecha 4 de setiembre de 2017: atención artículo 6°, sesión N° 8890 del 23-02-2017: *informe análisis plus salarial de representación judicial, origen e implicaciones (ejercicio de la labor de representación judicial sin límite de suma de los abogados que son funcionarios de la CCSS).*

El director Steinvorth Steffen se refiere a la gestión de la correspondencia, oficio EQUITRON DM20190215-000054, para lo cual sugiere alguna medida para estandarizar

La directora Abarca Jiménez se refiere la sesión extraordinaria del 18 de febrero, participación de los Gerentes en la primera etapa y la segunda solamente la Junta Directiva

Además, se refiere a lo acordado por parte de la Gerencia General y la OPCCSS, con el fin de iniciar la coordinación.

Doctor Macaya Hayes:

Bueno, hoy es un día diferente.

Director Steinvorth Steffen:

Nada más para decir que Marielos está de camino.

Doctor Macaya Hayes:

“Ok”, perfecto, vamos a ir a la Asamblea Legislativa, buenos días don Mario, se topó a la Contralora saliendo. Tenemos la agenda para revisión, estamos convocados para las, déjeme ver para las 11, entonces la idea era salir de aquí diez y media, tenemos una buseta creo para todos, para irnos juntos, les recuerdo que la audiencia en la Asamblea Legislativa es con los jefes de fracción, todos, para expresar nuestra posición respecto a la ley o a la modificación propuesta a la Ley del tabaco, con la cual nosotros recibimos 60% de los recursos que se generan de esa ley, y la propuesta es reducir eso a un 5% a 55% del total, ahora quiero que revisemos una presentación que hizo el doctor Azúa sobre el uso de esos recursos y que afinemos la estrategia en la Asamblea Legislativa, por todo lo que está pasando también, ahí puede surgir cualquier tema, no necesariamente se tienen que limitar ellos al tema de la ley, entonces también hay que definir

nuestra estrategia antes, sí, sí, pero bueno, ¿con el resto de la agenda tienen algún comentario? En la tarde vamos a recibir al superintendente de pensiones, el Sr. Ramos. Entonces, eso va a ser otra visita interesante y después, bueno tenemos ya todos los temas internos nuestros, sí, don Christian y después doña Fabiola.

Director Steinvorth Steffen:

Sí, yo tengo dos inquietudes, una cómo nos afecta el cambio del reglamento, el reglamento nuevo de la Asamblea Legislativa, no sé si eso, qué tan, si las leyes se van a aprobar más rápidamente, tenemos posiblemente que reaccionar nosotros más rápidamente, entonces tenemos que hacer ajustes internos para apurarlo, entonces esa es una inquietud que me gustaría que quedara como, para ver ese tema. Y la otra es con relación a la correspondencia, cada vez más recibo inquietudes de gente que quiere presentar una queja que siento yo que más que queja es aporte en cuanto a irregularidades, que están pasando en la Institución y que me dicen que mandan una carta y entonces que lo mandan a equis dependencia que es la encargada, que tarda mucho tiempo, entonces qué sugiero yo para que sea algo más, que tenga un resultado y que sea más expedito, entonces, no quisiera decirle a todo el mundo que le escriba directamente a la Junta Directiva, porque nos llenaríamos de correspondencia que no podríamos ver, pero por otro lado me parece que son montos de los que se están hablando que son sumamente importantes, entonces yo tengo el caso específico de una queja sobre una licitación que ganó una empresa, que tenía que hacer una inversión de millón y medio de dólares y que no se hizo, y ahora se está licitando otra vez esa parte que no hizo esa empresa, entonces le escribiéramos al Gerente General con copia a la Junta Directiva, que la Gerencia General lo pasó a la Gerencia de Logística y ahí pasa el proceso de tal forma que puede ser que dure otros dos meses en el proceso y que sigamos adjudicándole a una empresa que incumplió, otras licitaciones. Entonces yo quisiera sugerir que temas como ese, que nos dijeran, por lo menos estar enterados de que hay esa queja, a nivel de Junta Directiva, porque son montos me parece muy importantes, y que nos pueden dar una luz de por dónde se puede lograr parar ese tipo de cosas, entonces no sé, quisiera sugerir que viéramos el procedimiento de cómo manejar o administrar la correspondencia y que de alguna forma nos dé a nosotros la luz de qué temas son los que están siendo relevantes y a dónde nosotros podemos meter presión en los que consideremos más importantes.

Directora Abarca Jiménez:

Bueno, es que no sé si don Roberto tiene un comentario sobre lo de don Christian porque lo mío es otro tema.

Dr. Cervantes Barrantes:

No, nada más que precisamente la sesión del próximo lunes va a abarcar eso, es decir, hasta donde la Gerencia General, ustedes deciden, puede llegar, todos estos temas se van a contemplar en esa sesión.

El doctor Macaya Hayes le da la palabra a la directora Abarca Jiménez.

Directora Abarca Jiménez:

Bueno, yo tengo dos comentarios, uno era sobre la reunión del lunes. El martes estuvimos reunidos en comisión de reestructuración con doña Julia y el equipo de E & Y, para planificar la reunión que vamos a tener el lunes, vimos el cronograma, pero estuvimos conversando de que cuando se tomó la decisión de que esa reunión fuera en Junta Directiva, inicialmente estaba planificado, para que asistieran los miembros de Junta y los gerentes, pero como se convirtió en Junta Directiva, no se ha invitado a los gerentes, entonces mi mensaje es que es importante que ellos asistan y participen, no sé si don Roberto qué le parece, pero sí por lo menos vimos que en la primer parte de la reunión, que vimos el cronograma de cómo va a estar estructurada la reunión, sobre todo en la primera parte, es muy importante que ellos participen, porque entre las cosas que se va a ver, vamos a tratar de sacar un resumen de objetivos prioritarios, entonces ahí sí es muy importante, de ahí hasta el “coffee break”. Luego, vendría ya una segunda parte, donde ya es más desde el punto de vista organizacional, que ahí sí podríamos quedarnos solo la Junta en pleno ya, digamos en la primera parte con los gerentes y en la segunda parte solo la Junta y don Roberto, ese es un tema. Y el otro tema, es que hay un acuerdo en relación con la operadora nuestra, que dice que la Junta acuerda instruir a la Gerencia General y a la Dirección Jurídica, para que inicie el proceso de acercamiento, que habíamos hablado, de alternativas con el fin de fortalecer a la operadora y promover beneficios a los afiliados y a la Institución, ahora estaba hablando con Gilberth sobre esto, porque entonces en la Junta de allá dijimos bueno, lo que podemos hacer es, invitemos a don Roberto y a don Gilberth a almorzar puede ser, una conversación a almorzar y que don Roberto invite a los gerentes que crea conveniente, para ver cómo se puede ir trabajando ese plan, más bien que lo hagan ellos allá, pero en coordinación con ustedes. Entonces es una reunión como de acercamiento, ya para empezar a trabajar en esa vía y más bien les va a facilitar el trabajo de este acuerdo, pero sí sería importante don Roberto, su asistencia y la de don Gilbert también, están también invitando a don Ólger, pero ellos lo que necesitan es que les definan las personas que van a asistir para coordinar el almuerzo y eso.

Dr. Cervantes Barrantes:

Si me permite tal vez con respecto de la primera observación, yo en esto creo que la Junta Directiva definió una comisión de reestructuración que ya hizo todo el cabildeo con todas las gerencias, todo, y hay momentos en que ya se tienen que tomar decisiones, son decisiones que, uno tiene que saber hasta dónde democratiza las decisiones, pero ya hay decisiones que tienen que ser tomadas, me parece bien la opción de que estén en la primera parte y en la otra parte ya tendrán que tomar ustedes las decisiones, porque a veces uno no puede democratizar tantísimo, y eso yo lo he visto acá, lo he visto, cuesta mucho que los compañeros acepten dejar esto o hacer esto, yo les contaba ahorita hay programas que se están llevando en todas las gerencias, entonces yo siento que no hay que crear personal para que regule todo eso y coordine todo eso, sino que de los mismos que hay este pasa y coordina todo eso, a veces cuesta que acepten eso, bueno, pero eso es una decisión propia de la Junta. Y con lo otro con mucho gusto participamos.

Directora Abarca Jiménez:

Ok, don Mario y después don Christian.

Director Devandas Brenes:

Buenos días. Yo eso lo asociaría, depende de la dinámica que se va a utilizar en la primera parte, porque si es una dinámica, no sé, porque si es invitarlos, valga la expresión, como el invitado de piedra, ahí para que estén ahí sentados, como que no sé, o sea no acepto, lo veo desde el punto de vista del respeto a las personas, yo lo invito, hay una propuesta, pero habría que ver cuál es la dinámica, para que no produzca un efecto contrario al que se busca, es que desgraciadamente yo no estuve.

Directora Abarca Jiménez:

Conversamos de dos, uno es por los temas que se van a ver en cuanto a los objetivos prioritarios y lo otro que es muy importante es el empoderamiento de la Gerencia General.

Director Devandas Brenes:

Por eso, digamos que, estoy pensando en esto, que si pone uno ahí mire estas son las propuestas, ¿qué opinan?

Directora Abarca Jiménez:

No, pero es el mensaje, el mensaje es.

Directora Solís Umaña:

Las propuestas las vemos nosotros en la segunda parte.

Directora Abarca Jiménez:

Y lo otro, perdón se me olvidó una cosa, don Roberto, si usted está de acuerdo eran los gerentes y planificación y actuarial y bueno, es porque actualmente se está reportando directamente a la Presidencia Ejecutiva, entonces quizás es importante que él asista.

Dr. Cervantes Barrantes:

Yo lo incluiría en comunicación, porque comunicación va a ser importantísimo.

Directora Abarca Jiménez:

Entonces, serían gerentes y esos dos.

Director Devandas Brenes:

Hay que hacer una reunión con la operadora de pensiones.

Director Steinvorth Steffen:

A mí me parece importante que la presencia de los gerentes en la primera parte de la reunión justamente por eso, para que sientan que el Gerente General tiene el apoyo total de la Junta

Directiva y pues ayudarle a don Roberto desde el punto de vista de que sientan los demás el apoyo que tiene don Roberto.

Directora Abarca Jiménez:

Y actuarial, y no sé si van a invitar a comunicación, eso quedará a criterio de don Roberto, a la reunión del lunes, hasta el “coffee break”, de ahí en adelante nos quedamos solo nosotros, una reunión ahí de coordinación con la operadora, pero, es más de seguimiento.

Ingresa al salón de sesiones el doctor Gonzalo Azúa Córdoba, Director del Proyecto de Fortalecimiento Atención Integral del Cáncer.

ARTICULO 4°

Revisión de la Presentación para la Asamblea Legislativa.

Doctor Macaya Hayes:

Bueno, entonces. Y cómo se han venido utilizando los fondos que hemos recaudado a través de la Ley tal cual como está hoy, doctor, si quiere empezamos.

Dr. Azúa Córdoba:

Buenos días, efectivamente me voy a referir entonces al proyecto de ley del expediente 20923, que tiene que ver con la ley 9028, la ley 9028 tiene que ver a su vez con el consumo de tabaco y es un impuesto a los cigarros, el cual se reparte el 60% para la Caja Costarricense, el 20% al Ministerio de Salud, 10% al Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia (IAFA), y el 10% al Instituto Costarricense del Deporte y la Recreación (ICODER), esta ley se promulgó en el año 2012 y a partir del año 2013 se fueron girando los fondos, la propuesta del proyecto implica quitar un 5% de lo que recibimos aquí en la Caja, pasando de un 60 a un 55%, se queda igual lo del Ministerio y al IAFA se le quita también un 5% y esto se le suma al ICODER para un 20%. En cuanto al origen de los fondos, es el impuesto al tabaco, en cuanto al destino, hay dos destinos que por ley sería que es para el diagnóstico, tratamiento y prevención de enfermedades asociadas al tabaquismo, y además un segundo punto, que es fortalecer la red oncológica nacional, para que sea utilizado en prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación y cuidados paliativos del cáncer, en ese aspecto y a manera de resumen, en estos cinco años, porque como les decía la ley entró en vigencia en 2012 pero los fondos fueron girados hasta el año 2013, los primeros, se han girado un total de ciento veintidós mil trescientos setenta y uno, novecientos veintiocho millones de colones al día de hoy, bueno no, al 5 de marzo de la semana anterior, lo que se ha ejecutado, lo que se ha gastado son cincuenta y un mil quinientos tres, cero cuarenta y siete millones de colones; y lo que está en reserva y en fondos de inversión son setenta mil ochocientos sesenta y ocho, ochocientos ochenta millones de colones.

Doctor Macaya Hayes:

Doctor, nada más una intervención aquí de doña Fabiola.

Directora Abarca Jiménez:

Una pregunta, yo no soy médico, pero si pudiera regresar una filmina, usted me podría mencionar algunas de las enfermedades que son relacionadas con el tabaquismo, que es lo que dice la ley.

Dr. Azúa Córdoba:

Tenemos tres grandes grupos, el primero es el cáncer, la segunda son las enfermedades cardiovasculares, que ahí tenemos la primera y la segunda causa de muerte en Costa Rica, lo cardiovascular y enfermedades respiratorias asociadas con el tabaco, pero los tres grandes, además, de eso son más de 200 enfermedades asociadas con el tabaco, pero eso son los grandes grupos. Entonces, ese es el monto que está en reserva o en vías de ejecución y está distribuido en los proyectos, aquí está la lista de proyectos, son tres hojas, esta sería la primera, donde cada uno de los proyectos tiene un monto asignado inicialmente, tiene un monto ejecutado y esto es lo que está en reserva, porque o está en vías de ejecución o está en espera de entrar en ejecución, entonces, podemos ir viendo la siguiente porque está toda la lista, entonces por ejemplo, vamos a ver algún ejemplo, dos torres de endoscopia digestiva para el CAIS Puriscal, entonces tiene asignada ciento noventa y tres millones de colones, se han ejecutado ciento ochenta y ocho millones de colones, quedan cinco millones de colones, que por lo general eso tiene que ver con el mantenimiento que le queda al equipo, hay algunos otros que tienen una ejecución mayor o menor.

Director Devandas Brenes:

Perdón, usted puede devolverse a la primera, o la segunda creo que es, donde estaba lo que se ha gastado, ahí hay un tema de los compañeros, de lenguaje, porque usted dice ingresó del 2013 al 2018 ciento veintidós mil millones de colones y solo se han gastado cincuenta y un mil millones de colones al 2019, entonces el lenguaje dice monto en reserva y eso da una idea equivocada, porque yo no pondría gasto, sino ejecutado, es decir, ya gastado tanto, en comprometido en proyecto, en ejecución o en proceso, porque si usted pone ahí monto en reserva, los datos son muy amargos, solo el primer año recibimos ciento veintidós mil millones de colones en el 2013.

Dr. Azúa Córdoba:

No, no, ese es el total, en todos los años, en los cinco años.

Director Devandas Brenes:

Perdón, perdón, y hemos gastado el 50%, un poco menos del 50, eso incluso sería importante ponerlo, así también en términos relativos me parece también, se ha gastado el tanto por ciento y el tanto por ciento está comprometido, comprometido en proyectos en ejecución.

Directora Solís Umaña:

Y que se diga cuáles son todos los proyectos.

Director Devandas Brenes:

Y los proyectos siguen, es lo que está en las otras filminas, yo me refería a esa primera por el tema del lenguaje.

Dr. Azúa Córdoba:

Monto en ejecución, monto en proceso de ejecución, ok.

Directora Jiménez Aguilar:

¿Una pregunta esa presentación se va a pasar allá?

Dr. Azúa Córdoba:

Desconozco esa parte.

Directora Jiménez Aguilar:

¿Cómo es don Román?

Doctor Macaya Hayes:

¿Perdón?

Directora Jiménez Aguilar:

¿Que si esa presentación se va a utilizar allá? ¿O cómo es?

Doctor Macaya Hayes:

Yo creo que, a ver, eso está para discusión aquí, si es conveniente dar una presentación ahí o tenerlo así en papel y verbalmente expresarlo.

Directora Jiménez Aguilar:

Lo que pasa es que de verdad me preocupa el mensaje, porque si el papel que tenemos es lo mismo está (...).

Doctor Macaya Hayes:

Ahora va a ver la lista usted, va muy en la línea de lo que dice don Mario.

Directora Jiménez Aguilar:

Mensaje de impacto es esta primera filmina.

Director Devandas Brenes:

Uno entra perdiendo ahí, así como está redactado.

Doctor Macaya Hayes:

Bueno la otra es.

Directora Jiménez Aguilar:

O sea, los datos están muy bien, pero (...).

Director Devandas Brenes:

No, no yo creo que, perdón Presidente, como ya dijimos, se ha gastado el tanto por ciento y el otro por ciento está en proceso de ejecución.

Doctor Macaya Hayes:

Pongámoslo, ejecutado, en proceso de ejecución.

Director Devandas Brenes:

Comprometido en proyectos.

Doctor Macaya Hayes:

Comprometido, a ejecutar.

Sí, doña Fabiola.

Directora Abarca Jiménez:

No sé es que, vamos a ver, en base a lo que dice la ley que los fondos son para utilizarse en el diagnóstico, tratamiento y prevención de las enfermedades relacionadas con el tabaquismo, nosotros decidimos que esos fondos los íbamos a ejecutar de acuerdo a ciertos proyectos, pero además nosotros gastamos no sé cuánto, en el diagnóstico, en el tratamiento y en la prevención del tabaquismo, ¿ese número lo tenemos?

Dr. Azúa Córdoba:

Sí.

Directora Abarca Jiménez:

Pero, entonces tal vez yo lo pondría de primero.

Presidente Ejecutivo:

Empezaría al revés, por muchísimo.

Dr. Azúa Córdoba:

De primero podría ser.

Presidente Ejecutivo:

Veamos todas las filminas, nada más por un tema de tiempo, nosotros en treinta minutos tenemos que irnos.

Dr. Azúa Córdoba:

“Ok”. Ahí está la descripción de todos, aquí están los que están pendientes de ser introducidos, son las iniciativas que una vez que ya tiene al alcance el monto, pasan a la parte de proyectos, aquí está lo que ha ido ingresando, esto es lo que Hacienda al principio de año estima lo que va a entrar por la ley, y esto es lo que a fin de año realmente entró de impuesto, entonces esto es lo que nos ha entrado a nosotros año por año, empezamos con veintiún mil trescientos sesenta millones de colones, veinte mil millones de colones, veinte mil millones de colones, bajamos a dieciséis mil millones de colones, a dieciocho mil millones de colones y dieciséis mil millones de colones, ha ido en descenso, ya sea por aumento de la evasión fiscal o por disminución del tabaquismo, que efectivamente ha sido, han sido efectivas las campañas, esta es la pregunta con respecto de cuánto gasta la institución en enfermedades asociadas

Director Steinvorth Steffen:

¿Tenemos efectivamente certeza de que el tabaquismo ha disminuido en el país?

Dr. Azúa Córdoba:

Sí, hay estadísticas de inicio, por lo menos en adolescentes sí tenemos el resumen, no lo tengo aquí ahorita pero sí, 13% de la prevalencia en adolescencia.

Director Steinvorth Steffen:

“Ok”, es que yo cada vez veo más gente fumando, entonces no sé si es una percepción o si efectivamente es así.

Dr. Azúa Córdoba:

No, sí se ha logrado disminuir. Entonces, lo que a nivel institucional actuarial estima que hemos gastado o qué gastamos en enfermedades asociadas al tabaquismo, año con año, llegamos al 2017 con ciento dos mil millones de colones y estamos recibiendo dieciocho mil, dieciséis mil millones de colones. La siguiente, y aquí se hace la comparación, en celeste está lo que la Institución gasta

en enfermedades asociadas al tabaco y a partir del 2013 entre la Ley del tabaco y ese sería el equivalente. Esa es la primera.

Director Devandas Brenes:

Poné la anterior para ver una cosa, ahí sería bueno haberle puesto el total, ¿eso está por año?

Dr. Azúa Córdoba:

Es por año sí, año por año.

Director Devandas Brenes:

¿Es acumulativo?, ah bueno ve.

Directora Abarca Jiménez:

No, no es acumulativo no.

Dr. Azúa Córdoba:

Gastando, eso es lo que se gasta sí.

Director Devandas Brenes:

Sería bueno poner el total, hacer la suma.

Dr. Azúa Córdoba:

Ok, sí. Bueno aquí queda gráfica la diferencia, que no solo va disminuyendo, sino que está muy por debajo de lo que nosotros gastamos. La siguiente, y esta tiene que ver con lo que nos espera a futuro, que es en cáncer, como vemos aumenta en forma importante después de los cincuenta años, la que sigue, y hacia dónde vamos también, es que la población va a engrosar este grupo, es decir vamos a tener más gente con cáncer y dentro de los gastos importantes en cáncer tiene que ver medicamentos, y este es un análisis viendo solo lo que gasta la Institución en medicamentos para cáncer y enfermedad cardiovascular, que obviamente las dos están relacionadas con tabaco, por año y vemos que son, si contamos las dos, dieciséis mil, veinte mil, veintidós mil, veintitrés mil, es decir, supera lo que la ley nos está dando en este momento. La siguiente, y nada más como había un acuerdo de Junta que era presentar esto para eventualmente, ir a la Asamblea Legislativa, la idea es llevar estos datos.

Directora Solís Umaña:

Yo creo que nos deberían de dar una copia del gráfico y de los costos, esa lista, para llevarlo en mano, para que cada uno lo llevemos en mano. Todo es mucho, hay unas que no.

Director Devandas Brenes:

Es que si llevamos el documento que llevamos nos lo van a pedir, cuando nosotros empezamos a leer algún diputado puede decir, ustedes nos pueden dar copia de eso, entonces tiene que ir muy bien preparado ese documento.

Doctor Macaya Hayes:

Entonces, veamos de estas filminas ¿cuáles no llevamos?

Directora Abarca Jiménez:

A mí me parece bien hacer la presentación allá en la Asamblea Legislativa solo que dándole vuelta a las filminas, primero haría el detalle de cuáles son las enfermedades relacionadas con el tabaquismo, porque para los que no somos médicos, eso es importante saberlo y después este gráfico, y luego donde viene la parte de ejecución, yo le cambiaría el título y enfocaría el mensaje de esa filmina, sería que nosotros decidimos que con esos recursos, o sea los íbamos a apartar para ejecutar esos proyectos, que usted tiene ahí, especiales, además de lo que ya gastamos en todo lo demás, esa es mi sugerencia.

Doctor Macaya Hayes:

Sí, o sea, que desde que inició la ley los ingresos han venido bajando, por la razón que sea, menos fumado, contrabando, y los gastos de estas categorías de enfermedades se están disparando, que están ligadas al tabaquismo, y vea estos ejemplos, por ejemplo medicamentos, gastos en estas enfermedades, donde aunque estuvieran ejecutándose el 100% cada año, representa menos del 20% de nuestro gasto en estas enfermedades, pero hay proyectos que son de más largo plazo, el centro conjunto de radioterapia, que no son de fácil ejecución, el hecho de que tengamos los fondos no significa que no estamos sujetos a normas de contratación administrativa y sabemos las complejidades que vienen con eso, temas de infraestructura no son tan fácilmente ejecutables, porque hay que armar el cartel y hay apelaciones, después está la adjudicación y otra vez las apelaciones.

Director Devandas Brenes:

Es que don Albin me hace una pregunta aquí, no quiso hacerla él ahí, pero es una pregunta capciosa, muy interesante, frente a toda esta magnitud de datos, lo que yo quiero como diputado son mil millones de colones y eso en qué afecta a la Caja, frente a esos datos que ustedes me están dando (...).

Doctor Macaya Hayes:

Hay que decir que a lo “tico nos quieren robar”.

Dr. Azúa Córdoba:

Que nosotros estamos preocupados más bien de la sostenibilidad a futuro.

Director Devandas Brenes:

Por eso es que yo iba a una sugerencia que había hecho, pero hay que pensar, decir mire, más bien esas últimas sobre la proyección del cáncer y la pirámide demográfica, decir, mire más bien aquí tenemos lo que yo sospechaba, yo he dicho varias veces que hay que crear un diálogo nacional, para resolver el problema de fondo de la Seguridad Social, porque los recursos que recibe la Institución, y esto es solo en cáncer, pero si le metemos todo lo cardiovascular, en esa distribución normal.

Doctor Macaya Hayes:

Pongamos este que es de los medicamentos, que es llamativo también, aquí como después de esto, entonces tenemos lo de la ley, en qué se usa, como han venido disminuyendo los ingresos, esto no cubre el total de los costos, estos son para solo dos de esos grupos, y ya después entramos en todo eso. Esta también hay que ponerla por aquí.

Director Devandas Brenes:

¿Esa primera que es? ¿Eso que dice la primera?

Doctor Macaya Hayes:

Esta es la ley actual, la ley como quedaría, pasa del 60 para la Caja al 55 para la Caja.

Director Devandas Brenes:

¿Eso no lo podemos poner de último, o no ponerlo?

Doctor Macaya Hayes:

Sí, podríamos no ponerlo porque ellos lo saben, es más para efectos nuestros.

Dr. Cervantes Barrantes:

Pero lo que es esta parte, cáncer y edad y esto, esto es lo primero, parte demográfica.

Doctor Macaya Hayes:

Sí, pero hay, tenemos que ligar cáncer con fumado, no cáncer con edad, tenemos que decir la prevalencia del cáncer aumenta con la edad, el cáncer no se desarrolla inmediatamente cuando alguien empieza a fumar, hay una vida de fumado y evoluciona a un cáncer eventualmente en diferentes categorías.

Dr. Azúa Córdoba:

Y la primera es presentación de acá nada más, porque era para Junta, entonces esa no debería, la de texto.

Doctor Macaya Hayes:

No, pongamos estas dos al final a ver si las juntamos o no.

Dr. Cervantes Barrantes:

El detalle es que estamos gastando el dinero.

Dr. Azúa Córdoba:

La ley dice que son estos dos, cáncer y cardiovascular, sería como la introducción para después hablar.

Doctor Macaya Hayes:

Quitemos, no la quitemos, pongámosla al final para ver si la quitamos luego, esta y esta, es la que ya los diputados saben los porcentajes de para donde van. “Ok” y después a ver (...).

Dr. Azúa Córdoba:

El proyecto de la patología cardiovascular ha estado trabajando cerca del ICODER, recuerden la actividad que hicimos en la Sabana en el Estadio Nacional, ahí estuvo el ICODER, estuvo la Caja, para solventar toda la prevención de las enfermedades cardiovasculares, llevarlos a las partes de las municipalidades, todo este tema, entonces ya la Caja está trabajando con el ICODER, Ministerio de Salud, específicamente que es global en la prevención de la patología cardiovascular.

Doctor Macaya Hayes:

Otro tema que probablemente salga es el acuerdo con los sindicatos, no tiene nada que ver con esto. Ahí yo abordaré el tema de que se apegó a la ley, nosotros en ningún momento nos hemos declarado autónomos en materia de empleo público, nuestra autonomía es en materia presupuestaria, esto lo revisamos punto por punto con nuestra Dirección Jurídica, si quieren ver detalles entramos en detalles.

Director Devandas Brenes:

¿Y llevamos la copia? ¿Está la copia de lo que se firmó?

La Junta Directiva según consta en el encabezado de esta acta se traslada a la Asamblea Legislativa

Ingresa al salón de reuniones de la Asamblea Legislativa, la directora Alfaro Murillo.

ARTICULO 5º

Audiencia con Jefes de Fracción, Asamblea Legislativa: Expediente N° 20.923, Proyecto ley “Reforma al artículo 29 de la Ley número 9028, Ley General de Control del Tabaco y sus Efectos Nocivos en la Salud, de 22 de marzo de 2012 (artículo 15° de la sesión N° 9020, celebrada el 28 de febrero de 2019)

Presidenta de la Asamblea Legislativa, Licda. Carolina Hidalgo Herrera:

Damos la más cordial bienvenida al equipo de la Caja que nos acompaña el día de hoy y voy a darle la palabra a don Román, para que presente al equipo tanto jefaturas como subjefaturas, pues tengan conocimiento (...). decir que normalmente finalizamos esta reunión tipo 12m.d. Tal vez, podríamos extenderlo un poco más, 12:20 p.m. como máximo, porque lo normal es que las diputadas y diputados tengan comisiones a la 1 de la tarde, entonces, ese es el tiempo que disponemos para ustedes y de nuevo bienvenidos.

Doctor Macaya Hayes:

Muy buenos días para todos los señores y señoras diputados. Queremos primero que nada como Junta Directiva de la Caja Costarricense de Seguro Social, agradecerles por este espacio que nos brindan en sus apretadas agendas, para recibirnos en pleno como Junta Directiva, para discutir este tema que nos convoca hoy, que es el proyecto de ley para reformar la Ley general de control de tabaco y sus efectos nocivos en la salud. Los que nos acompañan hoy aquí a la mesa está al final Carolina Arguedas, que es la secretaria de la Junta Directiva, don Mario Devandas- director representante del sector laboral sindical, don Christian Steinvorth – director representante de UCCAEP, doña Marielos Alfaro – todos la conocen como exdiputada también y don Mario también, ella también representa a UCCAEP, doña Maritza Jiménez que es representante del sector laboral solidarista, Dra. Solís - representante del Estado, doña Fabiola Abarca representante del Estado, también nos acompaña el doctor Albin Chaves que fue el artífice de la Política Institucional de Medicamentos de la Caja, Dr. Azúa que lidera el abordaje patología del cáncer, el Dr. Roberto Cervantes que es el Gerente General de la Caja y de recargo tiene la Gerencia Médica y su servidor Román Macaya como Presidente Ejecutivo. Les trajimos unas filmas que queremos abordar, en esta ley, como ustedes saben, se destina 60% de los ingresos de estos recursos provenientes del tabaco hacia la Caja con un fin específico, el diagnóstico tratamiento y la prevención de enfermedades asociadas con el tabaquismo y el fortalecimiento de la Red Oncológica Nacional. Empiezo con el perfil demográfico y ahora vamos a ver el por qué esto es relevante cuando hablamos del tabaquismo. Como podemos ver la curva demográfica se está invirtiendo rápidamente, cuando vemos que la pirámide era muy grande la base en los 50’s para el 2035, ya va a haber más gente en las edades medias de 50-54-55-59 que jóvenes. Esto tiene enormes implicaciones en el cáncer, porque como pueden ver en esta filmina, la incidencia del cáncer sube drásticamente con la edad y esto sucede porque a lo largo de la vida, nosotros como organismo biológico, comenzamos a acumular errores en nuestro sistema genético que hay que corregir, pero hay ciertos compuestos que a lo largo de la vida van bloqueando esa corrección y esa edición. Entonces, esos errores llega un punto donde una célula desencadena fuera de control el cáncer y entonces, por ejemplo, un fumador no es que empieza a fumar tarde en la vida, sino que tiene una vida de fumado, acumulan esos errores en el organismo y eventualmente evolucionan a un tipo de cáncer, que afecta a esa persona, no necesariamente es cáncer de pulmón, que es el que normalmente asociamos con el tabaquismo, sino puede ser cualquier tipo de cáncer, porque estos mecanismos del cuerpo que regulan el NONO de cáncer, una vez que

están desactivados nos puede surgir el cáncer en cualquier parte del cuerpo. Estos son los ingresos proyectados o estimados en el presupuesto de la República y los que realmente ingresaron año con año desde que existe esta ley. Como podemos ver, hay una tendencia a la baja, hoy por hoy digamos el año pasado, se recibieron un poco más de dieciséis millones de colones, cuando esto inició se estaban recibiendo más o menos cinco mil millones de colones más de lo que se recibe hoy. Entonces, esta tendencia a la baja, obviamente, afecta todos los programas que financian estos recursos con destino específico. Ahora, ponemos esto en contexto, lo que tenemos aquí es una gráfica del costo de atención de enfermedades asociadas al tabaquismo por parte de la Caja y podemos ver cómo este costo, está en una tendencia de fuerte aumento a lo largo de los últimos años. Aquí estamos hablando principalmente de tres grupos de enfermedades: cáncer de todo tipo, problemas cardiovasculares de todo tipo y problemas respiratorios de todo tipo y lo que tenemos en morado hacia los últimos años, son los ingresos a la Caja de los fondos provenientes de la ley. Entonces, lo que podemos ver es que realmente los fondos que están ingresando, representan menos del 20% de lo que la Institución como tal tiene que dedicarle a la atención de estas tres grandes categorías de enfermedades asociadas al tabaquismo. Esto es lo mismo, son simplemente en números, empezamos en siete mil ochocientos millones de colones en el gasto total de la Caja en (...) y ya para el 2017, estábamos en más de cien mil millones de colones. Para ver otro rubro muy específico, que es el de los medicamentos destinados a dos de las tres categorías de enfermedades, que son relacionadas con el tabaquismo, el cáncer y la enfermedad cardiovascular, podemos ver cómo el rubro de medicamentos, para estas patologías han ido en pleno aumento en los últimos cuatro años, donde para el cáncer estábamos medicando nueve mil trescientos millones de colones en el 2015, ya para el año pasado eran más de catorce mil millones de colones y para cardiovascular siete mil millones de colones, subió a nueve mil ochocientos millones de colones, para un total el año pasado de veintitrés mil millones de colones, casi veinticuatro mil millones de colones. Para poner esto en perspectiva, aunque dedicáramos el 100% de los recursos de esta ley que están destinados para la Caja a solo la compra de medicamentos, sin incluir personal, atención hospitalaria, cirugías, radioterapias, todas las intervenciones cardiovasculares que se dan, no nos alcanzaría, solo para los medicamentos, ya estaríamos ocupando más del 100%. Esto es los ingresos totales que ha recibido la Caja por este fondo desde su creación, desde el 2013 al 2018 ciento veintidós mil millones de colones, de ese monto se han ejecutado cincuenta y un mil millones de colones y están en proceso de ejecución y, definitivamente, comprometidos el resto de los setenta mil ochocientos millones de colones. Presentamos esto porque sabemos que ha habido tal vez, algún mal entendido en si hay fondos que sobran o no sobran de los recursos que se le asignan a la Caja, todos los fondos que hemos recibido tienen un destino y están comprometidos. Estos son los programas que suman esos fondos gastados o comprometidos, entonces, aquí tenemos la lista de todos los programas, a veces, son equipos, a veces, es infraestructura, a veces, son medicamentos, programas, etc., monto asignado, monto ya ejecutado y montos que tenemos comprometidos. Para completar el programa específico, son muchos programas. Esta es solo una de las filminas, sigue esta y terminamos con esta. Con eso resumimos el siguiente mensaje, con todo el respeto que merecen los señores y señoras diputados, estos fondos realmente tienen una utilización muy importante en la Caja, están abordando las patologías más prevalentes en la Caja, las de mayor costo y las principales causas de mortalidad en el país, las enfermedades cardiovasculares y el cáncer y enfermedades respiratorias ligadas de alguna forma con el tabaquismo. Con esto no queremos decir que el deporte, la recreación, la vida saludable no es importante, definitivamente lo es y nosotros nunca vamos a salir diciendo que estamos en contra de la prevención, en contra de esa vida de

ejercicios, de vida sana. Pero estos son programas que estamos financiando hoy, no son proyecciones futuras y son programas donde si proyectamos a futuro el faltante, solo incrementa y esto sucede en el contexto del envejecimiento de la población, donde cada vez vamos a ir acumulando más y más patologías y las personas tienden a tener más de una patología en su vejez y donde también comenzamos a enfrentar los retos de ese NONO demográfico que tenemos hoy a cómo se envejece la población, y por lo tanto, estos fondos los vemos indispensables para continuar con estos programas. Como pueden ver, aunque dedicáramos el 100%, solo a ciertos rubros como medicamentos, no alcanzarían y les hacemos la petición como Junta Directiva que encontremos otros mecanismos para promover el deporte, la vida sana, la prevención, pero que no sea con estos fondos que tienen un destino específico tan importante. Les agradecemos por su tiempo para hacerles esta presentación.

Diputada Acuña Cabrera:

Muchas gracias, buenos días a todos. Bienvenido estimado, doctor Macaya. Le agradezco muchísimo el tomar el tiempo para venir a la Asamblea Legislativa, a presentar estos números tan importantes, que es necesario que nosotros los conozcamos en porción de lo que viene. Sin embargo, tengo que decir que me preocupa un poco en el sentido de poder tener acceso a más información, tengo varios meses de estar intentando reunirme con usted y ha sido imposible. De hecho tengo dos días de estar enviando mensajes a su teléfono y no tengo respuesta. En su despacho realmente han sido, no diligentes en querer buscar ese espacio para poder reunirme con usted y se lo vuelvo a pedir, se lo había pedido en Comisión y se lo vuelvo a pedir aquí, frente a sus compañeros y frente a los míos. Yo creo que en aras de la transparencia de poder venir aquí a pedir que, por favor seamos nosotros responsables con los fondos públicos, también es parte suya, responsabilidad suya poder rendir cuentas a este Parlamento en función de lo que se está haciendo. Yo hice una denuncia en la Comisión Permanente Especial de la Mujer acerca de los mamógrafos y quedamos en reunirnos, para poder ver el tema de los faltantes de mamógrafos en diferentes hospitales y todavía estoy esperando y eso fue hace varias semanas. Yo quiero pedirle por favor, que en esa misma línea, con la misma vehemencia que usted se presenta el día de hoy aquí ante este grupo de señores y señoras diputados, usted pueda tener la amabilidad de responderme y de buscar ese espacio. Yo sé que su agenda es muy apretada y yo sé que usted también entiende que la mía es muy apretada, pero creo que si nos ponemos de acuerdo podemos encontrar un espacio, yo sé que usted está a un desayuno, a una cena en cualquier lugar, en el momento en que usted me lo indique, si es necesario después de horas laborales, pero realmente, es urgente el tema de los mamógrafos y otros temas que realmente me preocupan, que tienen que ver también con el uso de los fondos y quiero pensar que usted también, tiene la disposición de reunirse conmigo. Muchas gracias.

Doctor Macaya Hayes:

No, con muchísimo gusto. No sé qué ha pasado, no he recibido sus mensajes a mi celular, pero vamos inmediatamente a programar esa reunión. Me disculpo. Sí quiero mostrar esa total transparencia y apertura a todos los diputados. En los meses en que llevo en la Presidencia nos hemos reunido con todos los que han solicitado audiencias, ya van más de 30, ya he sido convocado a 7 comisiones, en todas participamos con toda la transparencia del caso a rendir cuentas, a traer información, lo que ustedes pidan, de cualquier tema que tenga que ver con la

Caja con muchísimo gusto y señora diputada tenga la certeza que aunque sea en un desayuno nos vamos a reunir muy pronto.

Diputado Aiza Campos:

Buenas tardes doctor Macaya, Junta Directiva, Marielos un placer tenerte aquí de nuevo. Junto con Marielos yo estuve en Sociales cuando hicimos esta ley de la República. El espíritu de la ley fue muy claro, el espíritu de la ley decía que se iba a invertir un 60% de los recursos, se destinaba a la Caja Costarricense de Seguro Social, para que se utilizaran en el diagnóstico, tratamiento y prevención de las enfermedades asociadas al tabaquismo, al fortalecimiento de la Red Oncológica Nacional para que sea utilizada en la prevención, el diagnóstico, el tratamiento y la rehabilitación de los cuidados paliativos del cáncer. Yo me di a la tarea de preguntarles en qué utilizaban el dinero y está muy bien lo que usted puso, pero hay unos rubros en los cuales no era el espíritu de la ley emplearlo en infraestructura. Aquí está muy claro, inclusive también dice construcciones, adiciones y mejoras. Dice: obras de construcción, equipo de tomografía del Hospital Escalante Pradilla, obras de construcción, equipo de angiografía, obras de construcción y preinstalación de nueve equipos de Rayos X, cosa que los Rayos X sí tienen que ver con el cáncer, pero que la Caja Costarricense de Seguro Social tiene también su presupuesto para utilizarlo en la construcción, para eso usted viene a hacendarios a pedir un presupuesto de infraestructura para la Caja. Además, dice aquí: viáticos para guías solo la detención del cáncer gástrico, viáticos para recepción de la instalación de equipos, viáticos para el proyecto de fortalecimiento de los factores protectores, viáticos para la gira nacional en contra del fumado, transporte dentro del país, casi un millón trescientos mil colones, once millones de colones, transporte en bienes ochocientos mil colones, contratación de servicios de ingeniería. Me imagino que la Caja tiene ingenieros también, se financiarán veintisiete millones de colones, servicios generales, se financiará a la Dirección de Comunicación, la reparación de vestuario para el Proyecto Integral de Comunicación, encuesta de la Caja sobre módulo de cáncer en la Escuela Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, estudio de audiencia de la campaña de alimentación (...) y natural, mensajes que se (...) en los meses de agosto y setiembre, se financiará a la Dirección de Comunicación alimentación, hospedaje de los artistas invitados a las giras a la Cultura Internacional, textiles y vestuario un millón quinientos mil colones. Se financia a la Dirección de Comunicación la confección de vestuario para el Proyecto Integral de Comunicación, Producción y Alimento, se financiará refrigerio para el Taller de Construcción de Indicadores quinientos mil y resto de colones, seiscientos sesenta y ocho mil colones en útiles, materiales médicos y hospitalarios, no especifica de qué, útiles y materiales, oficinas y cómputo seiscientos mil colones, otros útiles y materiales y suministro se financiará a la Dirección de Comunicación los materiales, utensilios para el Proyecto Integral de Comunicación novecientos mil colones; equipos y mobiliario de oficinas, se financiará compra doce millones doscientos mil colones, en total (...) novecientos cincuenta y seis mil colones. Después para la Feria del Agricultor una (...). Para regalar o no sé qué para regalar, para ir a la Feria del Agricultor casi dos millones de colones, yo no sé si era el espíritu de la ley, Marielos, ya que no era el espíritu de la ley todo eso que estamos diciendo, o sea, que les está sobrando dinero para otras cosas y no la están invirtiendo en lo que deben de ser. Si queremos prevenir el cáncer deberíamos comenzar por el deporte que es el que previene y con eso, cuando usted empezó a decir que las células se deterioran con el tiempo y se logra llegar a producir cáncer, por las diferentes sustancias que genera el organismo, pues con el deporte con eso evitamos que los chiquitos fumen o que los adolescentes fumen y estamos más bien llevando una prevención y tratando de evitar, que cuando

lleguen esos chiquitos a adultos mayores, no tengan enfermedades cardiovasculares, no tengan enfermedades como diabetes, no tengan cáncer de pulmón. Yo creo que estamos haciendo más bien una labor muy loable, al pasar un 5% nada más del 60% que le estamos dando al ICODER. Creo que más bien ustedes, no tenían ese dinero para cuando tenían que presupuestar todo esto, no había dinero del tabaco en ese tiempo y les dimos nosotros el 60%, inclusive, había compañeros que me decían que a la Caja era como echarle un hueco toda la plata y me pidieron a mí el 20% para el ICODER, en ese tiempo creí que era lo más conveniente, pero veo que lo están empleando muy mal y creo que lo más conveniente, entonces, es prevenir a los jóvenes, a los adolescentes de las grandes enfermedades que podemos tener más adelante y eso lo logramos solo incentivando al deporte, tratando de llevar ese dinero para el ICODER.

Diputado Walter Muñoz Céspedes:

Buenos días. Sean bienvenidos aquí a la Asamblea Legislativa representando a la Institución que quizás conozco más en este país, 45 años de laborar y con amplia experiencia también en los temas de análisis de la Institución. Decirles que siempre he sido un defensor de la Caja Costarricense de Seguro Social, las posibilidades de financiarla adecuadamente en una Institución que tiene recursos finitos y que cada vez los servicios de salud aumentan en precio en complejidad y se necesita mayor inversión en el tema de la Institución (...) democracia costarricense que ya casi llega a los 80 años. Desde ese punto de vista, me parece que he sido testigo de unos proyectos, como cuando se habló del Instituto contra el Cáncer, con financiamientos que llegaron y que nunca se utilizaron adecuadamente, se desviaron para otros fines y creo que este proyecto efectivamente busca el fin de poder solventar un tema tan complejo, como son los efectos del tabaco que dicho, sea de paso había dado algunas otras recomendaciones, no solamente financiamiento por esta vía, sino que en algún momento de la legislación anterior, habíamos planteado demandar a las tabacaleras por los efectos que han causado en nuestro país y no solamente del costarricense, sino la población migrante que hemos tenido que atender nosotros en el transcurso del tiempo por los efectos del tabaco. Yo he sido también crítico en la manera cómo se administra la Caja, le he hecho propuestas, hice un informe con nuestro querido y hoy fallecido amigo Miranda, un informe que todavía está en la corriente legislativa y que propuso soluciones de financiamiento de los recursos de la Institución y tenemos ya nueve meses de aquí estar proponiendo una comisión legislativa que le dé sostenibilidad a la Institución y ha sido la fracción del Gobierno, la más opuesta para poder instalar esa comisión legislativa, con el propósito casualmente de buscarle soluciones a muchos de los problemas, en conjunto con la Junta Directiva. Bueno, no ha habido manera y no sé por qué razón, no ha habido manera de esta comisión para ver temas, que incluye el financiamiento, la organización y la sostenibilidad en el tiempo de los regímenes de la Caja. Y eso quiero dejarlo claro, porque ha habido una total oposición de la fracción de Gobierno y yo creo no hay razón para hacerlo, más bien estos temas los trae a ustedes aquí casualmente, por la falta de una comisión que pueda interceder, para que estos temas se puedan ventilar adecuadamente en la Institución más importante, sin lugar a duda, de la posibilidad de mantener la paz social en Costa Rica. En este proyecto específico, ciertamente, lo que dice el Presidente de la Institución, tiene toda la razón, tenemos que tener los recursos adecuados, aunque los que nos dedicamos a la medicina clínica pensamos diferente, pensamos que se dedica demasiado dinero a la atención y las instituciones, históricamente el Ministerio de Salud y la Caja (...), le han dado poca importancia a la prevención en el transcurso del tiempo y hoy estamos pagando altos costos en la medicina cardiovascular y en el cáncer, por la falta de una política real en materia preventiva y eso es una

realidad. Hace 20 años advertimos que si había que advertir más, ahí está el informe y se dejó de lado y hoy estamos posiblemente con las consecuencias y tenemos que entender que eso encarece cada día más los efectos de la medicina y les pongo ejemplos: no es posible que nosotros en los salones de los hospitales, tengamos que recibir todos los días pacientes para amputar, diabéticos, de 10 camas, 8 camas esas que vemos ahí en el Calderón Guardia y en todos los hospitales, en algunos servicios para amputar, porque no hay un buen tratamiento con el paciente diabético en los primeros niveles y hemos perdido la batalla desde hace mucho tiempo, y eso encarece los servicios de salud y encarece que un paciente llegue ya con las arterias coronarias dañadas, para hacer un cateterismo que es excesivamente caro y poner los “stent”, es excesivamente caro. Pero eso se pudo haber prevenido, no necesariamente por los efectos del tabaco, sino por una política nacional, nosotros estamos queriendo en una comisión contribuir a poder legislar, en algunas cosas que todavía hay que legislar, para poder contribuir a esto. Y lo que el Diputado Aiza menciona, yo no lo conocía de primera mano, es un señalamiento que tienen ustedes que contestar, si en realidad lleva o no razón el diputado, pero de mi parte insisto estoy de acuerdo en apoyar todos los proyectos que financian la Institución, siempre y cuando logremos mejorar la administración de la Institución. Ese es un principio que quiero compartir con ustedes y que ojalá la Junta Directiva más bien apoye, la posibilidad de que un grupo de personas quieran contribuir a esto, podamos trabajar en conjunto en estos próximos tres años para ver este y otros sistemas. Desde hace varios años hay algunas soluciones de la Caja, que no tiene que ver con legislación, tiene que ver con un decreto y tenemos que vernos en esa comisión de régimen de riesgos de trabajo. El régimen de riesgos de trabajo es de la Caja, en la Ley Constitutiva está, es de la Caja y es un tema que tenemos que abordar, un decreto si lo devolvemos o no a la Caja de Seguro Social con el financiamiento respectivo, no es posible que una persona vaya a los servicios de emergencia, se tome una radiografía de un accidentado y lo manden para el Hospital del Trauma y el Hospital del Trauma es de la Caja, es el hospital número 30 de la Caja. El Instituto Nacional de Seguros se convirtió en una aseguradora más, así lo quisieron algunos políticos y la convirtieron en una aseguradora más, de manera que no es de recibo que el Hospital del Trauma, no esté en la Caja y ya hablaremos del tema a fondo, pero no se firma con un decreto. Hay muchas cosas desde el punto de vista de fortalecimiento de la Institución, más que es un proyectito muy pequeño, es un proyecto muy pequeño comparado con el tema macro de darle sostenibilidad financiera, administrativa y estructural a la Caja, no para cumplir 80 años, para cumplir 100 o más años que en memoria del doctor Guido Miranda, que fue mi compañero de trabajo en ese informe legislativo, que tenemos que retomar y yo aprovecho para decirles que cuenten con todo mi apoyo. Nosotros no estaremos de acuerdo en no darle financiamiento a la Institución, no estoy de acuerdo con el modelo de atención, porque estos gastos que van en aumento no son producto de una casualidad, sino de una causalidad. Tenemos problemas en las atenciones de primer nivel y el primer (...) lo entregamos, es de la Caja, del doctor Guido Miranda y Juan Jaramillo se pusieron de acuerdo en su casa, para que los EBAIS pasaran del Ministerio de Salud a la Caja y le corresponde a la Caja administrarlos adecuadamente en calidad y cantidad. Es un tema que también abordaremos en su momento, hay mucho recurso ahí también. (...) Pero bueno, el expediente 20.923 yo creo que la Institución si contesta las preguntas del diputado Aiza y expresa que se van a manejar adecuadamente, como digo que no tiene que ver con ustedes, tiene que ver con otras prestaciones, pues debe seguir en manos de la Caja. Gracias.

Diputado Morales Mora:

Buenos días. Muchísimas gracias por la oportunidad de esta conversación. Yo quisiera empezar diciendo que desde la fracción del PAC, tenemos el compromiso absoluto de acompañar a las autoridades de la Caja en sus esfuerzos, en sus iniciativas para mejorar la calidad de los servicios que ofrecen a los y a las costarricenses y que sin duda alguna es un área fundamental y esencial en la prestación de los servicios de salud del Estado costarricense. Nosotros creemos que ustedes están haciendo bien su tarea, que tienen que seguirla haciendo de la manera en que están haciendo lo mejor, que van a contar con nosotros en ese proceso, que hay aquí en la Asamblea múltiples espacios desde las visitas que el señor Presidente de la Caja, se le ve con mucha frecuencia en los pasillos de esta Asamblea atendiendo situaciones como las que la diputada acaba de plantear. Estoy seguro de que en general hay una muy buena relación con la Presidencia Ejecutiva y con las autoridades. No hemos todavía tomado una decisión, a propósito del comentario del doctor Muñoz, sobre esa iniciativa de crear una comisión que durante 12 meses se dedique a investigar, a evaluar y analizar los servicios de la Caja, a veces, tenemos dudas sobre esos espacios, al final ¿en qué quedan? En un expediente más de cientos de folios en esta Asamblea, en fin este es un tema que tenemos todavía que terminar de ver nosotros acá. En lo puntual, el tema que nos ocupa, yo sí quería decir lo siguiente, es un expediente que se dictaminó en forma unánime, afirmativa, en la Comisión de Asuntos Sociales que yo presido y de la que forma parte el doctor Aiza, este es un expediente que empezó con el apoyo de 47 diputados y diputadas, los 10 que faltaron, posiblemente, no estaban ese día, pero en la forma en que fue promovida y presentada la iniciativa por el doctor Aiza con la vehemencia y claridad con que lo ha hecho acá, contó con el apoyo de prácticamente todos los diputados y diputadas de esta Asamblea. El expediente siguió el procedimiento normal que siguen los expedientes en comisión, se le hizo una consulta a la Caja Costarricense de Seguro Social durante un plazo de 8 días, que no contestó, de manera que procedimos, la consulta se le envió a la Caja para ser precisos el 12 de octubre del 2018, se les dio un plazo de 8 días y no se recibió la respuesta y el dictamen afirmativo fue del 21 de noviembre. La Caja nos pide una prórroga de 18 días el 17 de diciembre y se da una respuesta negativa el 21 de enero. Dicho eso con toda claridad y con respeto, yo veo que así como hay estas iniciativas, eso es lo importante tener a toda la Junta Directiva aquí, al cuerpo gerencial, al Presidente Ejecutivo, hablando de este tema. Creo que el equipo responsable de la Caja, de monitorear y de darle seguimiento a las consultas de la Asamblea, debería cambiar esas cosas y podríamos haber recibido audiencia en la comisión, nos hubiéramos sentido muy honrados de toda la Junta Directiva, el doctor Macaya ha estado con nosotros cuando lo hemos invitado, para otros temas y nos ha aclarado y nos ha orientado y ha permitido que la comisión tome decisiones a partir de la información que él nos ha aportado. Dichas estas cosas, la fracción del PAC desde un arranque simpatizó absolutamente con esta iniciativa, la vimos bien, el doctor nos hizo esa presentación que acaba de hacer aquí, de manera que no teníamos ninguna razón. Además, no recibimos ninguna opinión de parte de la Caja, no teníamos ninguna razón para no apoyar, creo, entonces que es muy importante, que a partir de los planteamientos que el diputado Aiza ha hecho aclarar la situación y ¿qué se puede hacer? Pero sí quería ser también muy claro con ustedes con respecto de la dinámica que esto ha llevado y un elemento adicional, tenemos un Ministro del Deporte muy proactivo y entonces, el Ministro de Deporte, estuvo aquí metido también, expuso sus argumentos y razones del por qué apoyar esta iniciativa. Muchas gracias.

Doctor Macaya Hayes:

Les agradecemos por todos los comentarios. Tuve la oportunidad de compartir algunas conversaciones con el doctor Aiza hace unas semanas en Nicoya, en el Hospital de la Anexión, que estuvo por allá en una gira, que por cierto veníamos del CAIS de Cañas donde estábamos inaugurando un mamógrafo nuevo. Por cierto, diputada acabo de revisar mi agenda y pregunto si usted puede el martes en la mañana desayunar, ahora nos ponemos de acuerdo. Respecto de las inversiones qué hacemos con estos recursos, voy a pasar la palabra ahorita al doctor Cervantes, que es el Gerente General y actual Gerente Médico de la Caja, pero sí quisiera decir que vamos a dejarle la presentación a ustedes diputados, para que puedan revisar todos los rubros, en qué estamos invirtiendo, la importancia qué es ese gasto actual en estas enfermedades y futuras y mencionar que nosotros no estamos solos, tenemos todo un entorno, un ecosistema alrededor de la Caja, incluye la Sala IV, incluye los usuarios, incluye toda clase de presiones sobre la Caja. Nosotros el año pasado recibimos 7.000 recursos de amparo, entonces, a veces hay, por ejemplo, medicamentos que son de altísimo costo, más de cien millones de dólares por persona, para tratamiento de un cáncer específico que no los cubrimos naturalmente, o sea, no están en el cuadro básico de medicamentos, pero cuando recibimos un recurso de amparo, no nos queda otra que comenzar a invertir en eso y eso es ya todo otro tema. El tema del costo, de las nuevas tecnologías y especialmente de los medicamentos y ahí tendremos otras oportunidades con ustedes, para tratar de abordar este tema, pero sí es capital que veamos todos que estos son necesidades hoy, no estamos hablando de una proyección, hay que invertir en prevención y lo estamos haciendo, ya hay CAIS que están llamando a mujeres para que se vengán a hacer una mamografía proactivamente, eso es prevención, eso es detección temprana, pero comenzaremos a doblar la curva muy a futuro. En estos momentos, tenemos todas esas otras presiones encima nuestro, en el envejecimiento de la población, en el disparo de cardiopatías, de cáncer, de todos los recursos de amparo, de las presiones de los usuarios, etc. que nos tienen con estas necesidades hoy. Con respecto de necesidades de información, hemos tenido una apertura total, cualquiera de los 57 diputados tiene acceso al más alto nivel de la Caja para pedir información, para pedir una rendición de cuentas, para ver cómo está cualquier tema, puede ser territorial, puede ser sectorial, hemos acudido aquí a diferentes comisiones, esa apertura va a continuar, no importa cuál es la decisión que tomen, pero sí es un acceso que tienen todos y todas en este momento y creo que eso es importante, que todos reciban ese ofrecimiento de este Presidente Ejecutivo y de toda la Junta Directiva de la Institución, y paso la palabra al doctor Cervantes para que se refiera a algunos temas específicos.

Doctor Cervantes Barrantes:

Muy buenos días, señores diputados. Coincido en que el primer nivel es lo más importante, el primer nivel es donde debemos atender y ustedes tienen que estar claros que las intervenciones en la comunidad son muy importantes, más cuando hablamos de tabaquismo, más cuando hablamos de cáncer. Cuando hablamos de viáticos, cuando hablamos de que vamos a una comunidad es a eso, es a dar educación sobre cómo se produce el cáncer, cómo prevenirlo y para eso no es solamente charlas, se hacen actividades de todo tipo y no estamos hablando de comunidades cercanas, estamos hablando de comunidades alejadas, es impresionante oír a una persona que ha tenido cáncer mostrar su experiencia ante un grupo de la comunidad. Entonces, eso solo lo podemos hacer movilizándolo gente a las distintas comunidades y eso es lo que ustedes probablemente ven ahí. Cuando hablamos de movilidad de oficinas, caray, pero entonces en

¿dónde se va a sentar el gastroenterólogo que va a hacer la gastroscopía, para detectar precozmente un cáncer en el estómago? Sí hemos comprado TAC, pero el TAC es una de las herramientas, más importantes para la detección del cáncer y es una herramienta que nos sirve no solo para la detección, sino para confirmación, es una herramienta muy importante. Si alguien duda de la importancia de los angiógrafos, es que el angiógrafo ha logrado darle vida de nuevo a una persona, convertir a una persona que iba a quedar lesionada en una persona económicamente activa de nuevo. Y hemos hecho construcciones, claro que sí, sí ha pagado en construcciones porque se hace necesario para el cáncer de colon hacer las colonoscopías, en instalaciones adecuadas por la privacidad del paciente. Por lo delicado de este procedimiento, probablemente, igual hemos acondicionado lugares para hacer proctoscopias, todo eso se ha hecho, entonces, estos fondos, todo este listado que ustedes ven, ustedes pueden revisar. Digitalización del área de mamografía del Hospital de Ciudad Neilly, o sea, no se centralizó aquí, aquí en los fondos que van para el año entrante va el TAC de San Ramón, va el TAC de Ciudad Neilly, cosas que sin estos fondos es muy probable que no lo podríamos hacer, en el espacio de tiempo que se ocupa ¿por qué? Porque tiene razón el doctor Muñoz, estamos viendo las consecuencias de cosas que no se hicieron y estamos viendo las consecuencias, pero las tenemos ahí, tenemos los pacientes y tenemos que darles una respuesta. Estos fondos, ciertamente, han venido a ayudar y a mejorar la atención del cáncer y tenemos una serie de propuestas, que por lo menos este año concluimos con los 24 mamógrafos que se compraron con estos dineros, distribuidos en todo el país. El doctor lo decía, fuimos a la inauguración en el CAIS de Cañas, pero también al de la Marcial Fallas y eso es aumento de la cobertura, eso es ciertamente y no nos quedamos ahí, también cuando (...) en verano que se habla de gimnasios al aire libre, todo eso está incluido. No sé si el doctor quiere ampliar un poquito.

Dr. Azúa:

Tal vez para explicar que efectivamente el cáncer es hablar de personas, hablar de personas es hablar de una serie de necesidades que van involucradas en esto, por lo cual pretender que con solo el nivel de tratamiento vamos a atenderlo, no, entonces, es algo integral que tiene que ir desde el primer nivel hasta el tercer nivel ¿eso qué quiere decir? Que estamos viendo que si le ponemos un “stent” a una persona en un tercer nivel, tenemos que estar pensando en la prevención en el primer nivel, para que como decía el doctor Muñoz evitar que llegue, pero tenemos que abarcar efectivamente todo. Hay cierta infraestructura que es vital, por ejemplo, los aceleradores lineales que necesitan un “bunker”, entonces, no es solo comprar el equipo, sino va a necesitar un “bunker” que tiene que estar incluido en el mismo proyecto. Recordemos que nuestra infraestructura ya tiene algunos años, los equipos modernos, eventualmente, necesitan remodelaciones, es decir, viene un angiógrafo y ¿dónde lo vamos a poner? Es un hospital que, eventualmente, no ha tenido las condiciones y esas remodelaciones, también la idea es que estén incluidas dentro de ese proyecto, no va a ser lo diferenciado porque efectivamente, eso no genera después problemas de que las acometidas eléctricas, no son adecuadas porque una empresa hizo una parte y la otra hizo otra. Entonces, desde ese punto de vista la idea es verlos integral para actuar, en la medida de lo posible, con todo y las limitaciones de lentitud de la contratación administrativa que llevamos, pero sí logrando en su mayor rapidez. Desde el punto de vista de prevenir la enfermedad, efectivamente, no es solo hacer ejercicio, sino también involucra un cambio cultural, un cambio en la ideación de la preservación de la salud, dentro de eso obras de teatro donde participan niños, pero esas obras, esos actores tienen que desplazarse y eventualmente, lo que hemos pretendido es sacarlo del nivel central, de la Gran Área

Metropolitana y esas distancias, obviamente, es que tenemos que cubrir eventualmente los viáticos de una estrategia de comunicación que en algún momento se estableció. La infraestructura va asociada mucho al equipamiento, prácticamente, todo está y la nueva tecnología exige cambios importantes en la infraestructura, porque en general requieren acometidas eléctricas y características especiales.

Diputado Arce:

Un 5% significa casi (...) de colones aproximadamente, según los datos que yo he sacado, o sea, del 60%. Yo quisiera, tal vez, que Marielos Alfaro que es de la Junta Directiva y que, también, fue parte de la Ley, de defensa hablamos ahí, que se refiera un poquito a esto y don José María Villalta que fue uno de los que estuvo también atento ese día y nos acompañó mucho en la Ley del Tabaco.

Diputado José María Villalta:

Buenos días, gracias por acompañarnos. Ojalá pudiéramos hacer una reunión como ésta para hablar de forma más estructurada todos estos temas que están saliendo, no solo de este proyecto sino en general (...) sobre las políticas que la Caja desarrolla para fortalecer el primer nivel de atención que yo entiendo y que es más que prevención temprana, hay que hacer un esfuerzo por robustecer ese primer nivel de atención y esto lo pone en esta paradoja, cada vez es más costosa la atención de las enfermedades del segundo y tercer nivel y los recursos de la Caja se concentran en eso. Entonces, logra ahí suficientes recursos para fortalecer el primer nivel de atención y, entonces, como como no hay recursos para el primer nivel de atención, sigue siendo un nivel muy débil que y no podemos prevenir las enfermedades y estamos reforzando (...) Hay que encontrar una forma de romper ese círculo vicioso, no será hoy, pero con un debate de fondo (...). Sobre el proyecto en particular en exposiciones, se plantea y los datos que en ese momento analizamos, vimos que había un superávit, yo cada vez que veo esa palabra la trato de manejar con mucho cuidado, con pinzas, porque sé que la cosa no es tan fácil usualmente, pero me gustaría que nos expliquen eso, si hay superávit de los recursos, del impuesto del trabajo, si no hay y por qué. Yo para serles totalmente franco, cuando se discutió la Ley General de Control del Tabaco, sí me hubiera gustado que destinemos más recursos a programas preventivos en general, no solo a cargo de la Caja sino de otras entidades y la parte (...) Caja de lo que recuerdo, nunca fue como tan distintiva la norma, el destino específico en lo que se tenía que usar, solo en una cosa o en otra. Yo (...) con el doctor Aiza de que había que hacer un control político, para ver cuáles son los mejores usos de esos dineros, pero la norma bastante abierta en el sentido de que se le asigna a la Caja, para el tratamiento y la prevención de las enfermedades asociadas al tabaquismo, no necesariamente que los recursos se pueden invertir en un gasto determinado o en otro, al menos no lo recuerdo así, pero voy a revisar cifras exactas, para que quede claro cuál fue la voluntad de los legisladores y tal vez ahora Marielos, si no la comprometemos mucho, también nos ayude. Pero, yo sí tengo esta pregunta, concretamente, hay o no superávit de estos recursos y cuál (...) de este superávit.

Diputada Carmen Chan Mora:

Buenas tardes a todos. Realmente, hay varias preocupaciones, una es la expuesta por mi compañero Villalta (...) Realmente ¿cuál es la intervención productiva única para poder hacerle

frente a esto? Nosotros desde mi despacho hemos estado trabajando el tema de la investigación, todo lo referente al cáncer y tenemos una propuesta para ustedes, me gustaría sentarme a conversarlo directamente, de un Instituto Oncológico para el Cáncer, ya que sabemos que podría ser la solución, ya que se ha generado recurso a la atención al cáncer, como lo decían mis compañeros (...) solo parte de la población costarricense que sabemos es la segunda causa de muerte que nos (...). Actualmente, no tenemos en Costa Rica (...) países como Panamá, Argentina, Paraguay, México, incluso, República Dominicana ya cuentan con instituto especializado. No creen ustedes conveniente que sería proyectarse hacia eso, hacia un instituto donde no solo se trate el cáncer, sino que también se haga el tema de investigación y desarrollo. Yo creo que deberíamos de apostar por eso, quisiera saber cuál es la posición de ustedes. Muchas gracias.

Doctor Macaya Hayes:

El primer punto sobre si hay subejecución en el presupuesto y esta gráfica aquí, vemos los ingresos totales, los montos ejecutados y montos por ejecutar 70.8 mil millones de colones, pero si vemos esto que es la lista de proyectos, la gran mayoría en proceso de ejecución, aquí tenemos el monto del gasto para este programa, es el monto asignado, lo que queda por ejecutar y lo que está en ejecución y ahí seguimos hasta aquí y al final, si vemos lo que falta, la suma de toda esta columna es ese monto que tenemos por ejecutar. Esto les va a quedar a todos ustedes y pueden pedir detalles de cualquiera de estos rubros para abordar este tema. Algunos temas son lentos, aceleradores lineales son, por ejemplo, algo que ha estado muy en las noticias desde hace algunos meses, el tema de los pacientes que requieren radiación como terapia para el cáncer, y ahí hay que crear infraestructura, no solo se puede comprar el acelerador, el acelerador lineal desde que uno pone la orden se dura mínimo seis meses en construirlo, para luego comenzar a transportarlo al país con toda la tecnología y hay que construir un búnker para blindar el área, porque es un área que va a tener radiación. Entonces, como decía el doctor Aiza la infraestructura y el equipo no están separados. En cuanto a un hospital del cáncer, un centro del cáncer nosotros el modelo de la Caja ha sido más bien ir fortaleciendo las capacidades oncológicas o de atención al paciente con cáncer en todo el país. Un paciente que tiene cáncer de Limón, hoy en día, tiene que viajar hasta el Calderón Guardia todos los días, ida y vuelta para recibir su quimioterapia, esto es pesadísimo para ese paciente, entonces, queremos poder ofrecer quimioterapia en Limón, en Liberia, en Nicoya, en la Zona Sur, porque eso va a descongestionar los hospitales especializados y los nacionales que tenemos aquí en el Valle Central. Claro, un hospital tiene que tener todas las capacidades, tiene que tener Cuidados Intensivos, todos los servicios de atención que van más allá o son más generales específicamente para el cáncer, entonces, hay toda una estrategia que va con eso, que si hiciéramos solo un punto para atender a todos los pacientes de cáncer, realmente estaríamos centralizando, cuando nuestra filosofía ha sido de descentralizar, pero podemos entrar en una discusión de cómo se fortalecen y en qué niveles de relatividad un hospital o los hospitales nacionales o el de niños ver solo los periféricos regionales y otros centros. En cuanto a trabajar en conjunto, doctor Muñoz, nosotros hemos venido en esa apertura con todos los diputados, sin una comisión, justo el lunes tuve una reunión aquí en la Asamblea con los diputados de Limón, el martes tuvimos a todos los diputados de Alajuela en la Caja, acordamos reunirnos otra vez en mayo y que lo vamos a hacer, periódicamente, cada dos meses para ver temas territoriales. Pero no tienen que ser territoriales, pueden ser temas financieros, por eso quiero reiterar esa apertura que cualquiera de los diputados que hoy tienen el honor de estar en este órgano tienen acceso a la información, a la rendición de cuentas y a este

trabajo en conjunto, cuando ustedes quieran sacarle punta a un tema. Nosotros hemos estado en esa apertura siempre, con o sin comisión específica, porque cualquiera puede decir “queremos abordar el tema” puede ser “ad hoc”, puede ser un grupo de diputados puede ser un tema de sostenibilidad, en un área temática de atención a las mujeres de cáncer. Yo quisiera para que no se nos agote el tiempo darle la palabra a doña Marielos.

Directora Alfaro Murillo:

Muchísimas gracias por la oportunidad. El discurso de todos los costarricenses, incluyendo los diputados de la República, es que hay que fortalecer la Caja Costarricense de Seguro Social porque es un pilar de la democracia y hoy venimos como Junta Directiva, humildemente, porque como ya lo dijo el diputado Víctor Morales, es más proactivo el Ministro de Deportes, entonces, nos lleva ventaja, nos dice que nos falta proactividad, pero eso contrasta con el discurso político. Yo estoy segura, como lo acaba de decir el doctor Muñoz y lo dijo mi compañero, a quien aprecio muchísimo, el diputado Villalta y el diputado Aiza que hay que fortalecer la Caja y tenemos que venir a pedirles que no nos quiten un 5%. Venimos a llorar por un 5%, esa es la realidad, ahora, ustedes tienen cuestionamientos muy válidos, vean que ha sido muy diversa la agenda que ustedes han puesto sobre la mesa, pero yo quiero concentrarme en el tema de la reducción de un 5% en los fondos asignados de la Ley de Tabaco. Resulta que acá y nos dejó la experiencia en el período tras anterior, hicimos la ley para el tamizaje neonatal y ¿de dónde sacan plata? Que vean a ver los de la Caja, es que hoy me toca estar del otro lado y hoy tengo que buscar la plata. Pero además, no logramos ponernos de acuerdo con Fecundación In Vitro (FIV), pero la Sala dijo que teníamos que montar todo y ¿dónde está la plata? ¡De la Caja! Adicionalmente, aprobamos con excompañeros la ley de enfermedad celíaca ¿le generamos un fondo? ¡No, la plata sale de la Caja! Perdón, cuando usted está en este frondoso puesto de diputados en que están ustedes, entonces, uno dice “hágase” “hágase la luz” y la plata que la Caja vea de donde sale, pero el doctor Muñoz habla de la sostenibilidad del Seguro de Salud de este país y eso es cierto, eso no hay que discutirlo doctor, estamos en una situación complicada. Se profundiza el tratamiento de enfermedades complejas con altos costos en tratamiento y en medicamentos, usted tiene razón y hay otros temas, muchos que seguramente ustedes los van a poner sobre la mesa pero, entonces, en ese caso cuando se discutió la ley, lo dijo el doctor Aiza y también José María, nosotros inclusive algunos planteamos que fuera un 100% para la Caja, concentrado en la atención del cáncer ligado a las enfermedades que surgen del tabaquismo. Ustedes ahora nos pueden decir como dijo el doctor Aiza que la Caja no (...) ya hay un cuestionamiento, o sea, el mensaje que nos llevamos es que hay que revisarlo, podemos aquí justificar algunos rubros, pero hay que revisarlos, la verdad es que es un asunto administrativo y tendremos que revisar si justifica todos los rubros, pero regresarlo o cambiarlo no cambia el espíritu dedicador con la ley original que es que (...) oportunidad de carácter financiero, o sea, asignar recursos frescos, que no es el gran mérito de esta ley que se impuso un impuesto al tabaco, para que se generaran recursos para diferentes áreas y una fue para lo que se le asigna (...) 60%, eso no cambia. Ustedes nos pueden hacer una llamada de atención, revisen esas cifras, ajústense, no nos hagan eso, pero de eso a decir “los vamos a castigar a ustedes Caja Costarricense Seguro Social, pilar de la democracia costarricense, porque han gastado una platilla en viáticos y otra cosa”. Sinceramente, es una conchada, como decimos en el pueblo, es una conchada. Díganos pero revisemos, hagan control político, si la Caja siempre ha sido un espacio riquísimo para que el Parlamento haga control político, pero entonces llamen a cuentas, pidan a don Román más detalle, que lo mande por escrito, pero el castigo de restar el 5% de esos

fondos, de verdad creo que no es lo que corresponde. Nosotros en ese caso, como dice don José María “la norma quedó muy abierta” y fue intencional que la norma quedara abierta y me alegra que él pueda revisar las actas con espíritu legislador, la norma fue que no quedara amarrado, sino que pudiera usar los fondos, porque ya habíamos aprobado otras 4-5 leyes en donde no asignamos recursos frescos a la Institución y le dimos el “cutter”, el “cutter” de nuevas responsabilidades. Yo, de verdad, quiero recordarle al diputado Villalta cuando dice “qué pasa si hay subejecución o superavit”, ya el doctor Macaya respondió, pero como yo estuve ahí, en esos primeros períodos de ejecución, miren, lo que pasó, es que esto empezó en el 2013 se aprobó, mientras llega la plata pasa un año, en la Caja se asignó a una comisión para que estableciera procesos y procedimientos correctos, para asegurar que se cumpliera el espíritu de la ley, eso que llamamos buenamente burocracia, pero que había que hacer porque hay que responder a la ley ¿o no? Entonces, hay que quitar una comisión, procesos definidos, procedimientos, eso se lleva su rato, los primeros dos años 2013-2015 fue de organización interna, pero eso no es la Caja, no es ineficiencia de la Caja, es el Estado, le pasamos plata y cuesta abarcar porque hay que establecer todos los procedimientos, para que sea transparente y podamos dar cuentas precisas de cómo se ejecutó la ley. Entonces, sí, don José María hubo un retraso. Lo reprochamos a la Junta anterior cuando iniciamos en el 2014 que decíamos “hay que gastar esa plata” y nos decía el Gerente Financiero “tenemos tanto y se va a poner en bonos, mientras se utiliza”, pero fue el proceso de organización interna, para poder responder a las enseñanzas (...). entonces, posiblemente eso es lo que nos tiene acá. Cuando ya maduraron todos los proyectos que estaban en proceso, ocurre eso, que los proyectos arrancaron 2015-2016. Entonces, siguen en (...) pero no es que la plata está ahí esperando a ver a quién se le ocurre algo, claro que hay de sobra proyectos, están vinculados a la atención del cáncer, el tabaquismo que demandan esos recursos. Yo de verdad les pido por favor que lo valoren nuevamente, los que firmaron el proyecto, que lo valoren a la luz del discurso político que los diputados de la República siempre tienen con respecto de la Caja Costarricense de Seguro Social y si en algún momento se levantan y dicen que es la Institución pilar de la democracia, no es posible que nos digan que entonces van a cuestionarnos un 5%, porque tienen duda de si los gastamos en viáticos o en otra cosa. Pidan la información, hagan control hoy, pero denos la oportunidad de seguir con esos fondos que no son muchos, pero que hoy estamos aquí para defenderlos. Dijo el doctor Aiza “1.000 millones en el presupuesto de la Caja no están” hoy estamos más aquí como un acto político en defensa de la Institución, para que la única ley que le dieron recursos frescos en el período 2010-2014, esta administración de la Asamblea no nos venga a decir que nos va a quitar un 5% porque el Ministro de Deportes es más proactivo que nosotros.

Doctor Macaya Hayes:

Es solo para de nuevo agradecerles a todos los diputados y diputadas por este espacio, sabemos que sus agendas están muy apretadas, que tienen las puertas abiertas y estamos para servirles. Muchas gracias.

La Junta Directiva se traslada nuevamente al salón de sesiones de la Caja Costarricense de Seguro Social.

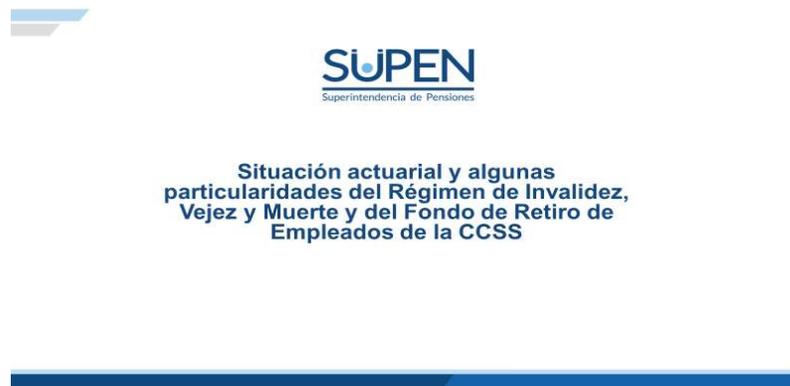
Ingresa al salón de sesiones el señor Dr. Álvaro Ramos Chaves, Superintendente de Pensiones, lo acompaña, la licenciada Julia Romero Jiménez, asesora del Superintendente de Pensiones.

Ingresa al salón de sesiones el licenciado Jaime Barrantes Espinoza Gerente de Pensiones y el licenciado Fabio Alpizar Benavides, Coordinador Económico y Actuarial de la Gerencia de Pensiones

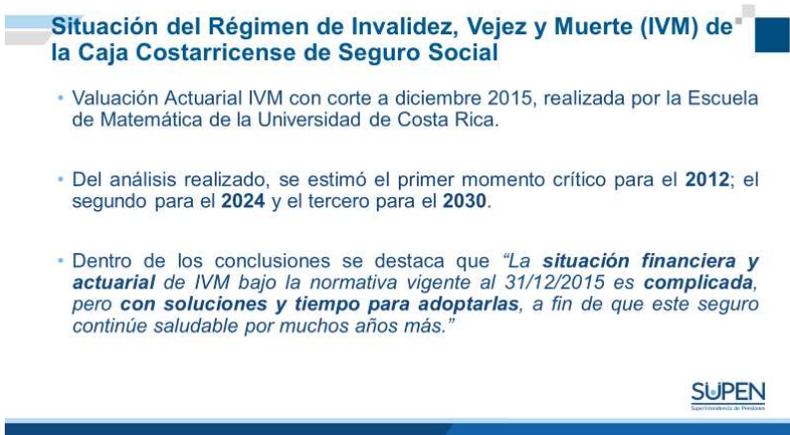
ARTICULO 6º

La presentación está a cargo del Superintendente de Pensiones, Dr. Álvaro Ramos Chaves; al efecto se apoya en las siguientes láminas:

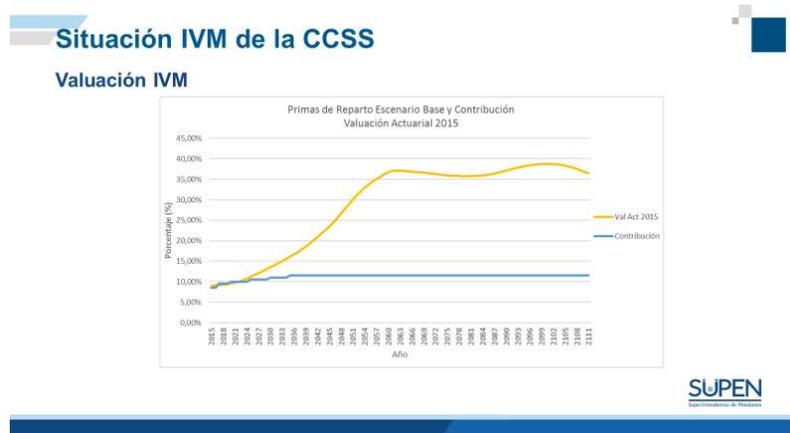
1)



2)



3)



4)

Situación del Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte (IVM) de la Caja Costarricense de Seguro Social

- La Superintendencia tiene potestades de supervisión (no regulación) limitadas a lo dispuesto en el artículo 37 de la Ley 7523.
- Durante 2017, se integró una Mesa de Diálogo, compuesta por representantes de los sectores sociales, que tomaron varios acuerdos con el objetivo de fortalecer al IVM.
- En el 2018, la Junta Directiva de la CCSS, acogió las 34 recomendaciones de la Mesa de Diálogo.

SUPEN
Superintendencia de Pensiones

5)

Situación del Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte (IVM) de la Caja Costarricense de Seguro Social

Entre las recomendaciones consensuadas, las cinco que **más podrían afectar los parámetros actuariales** son:

- Acelerar los escalones que se acordaron con la reforma del 2005.
- Trasladar el 0,25% de la contribución patronal del Banco Popular al IVM.
- Transferir anualmente 60 mil millones de colones, ajustados por inflación, de los ingresos previstos para FODESAF.
- Obtener un 4,8% como meta de rendimiento real anual de las inversiones del IVM.
- Modificar el porcentaje de cuantía adicional para que empiece a partir de las 300 cuotas (25 años cotizados).

SUPEN
Superintendencia de Pensiones

6)

FRE: Valuación actuarial con grupo abierto, montos en millones de colones (*)

Activo Actuarial		Pasivo Actuarial	
Reserva Pensiones en curso de pago	142.437	Pensiones curso de pago	254.007
Activo generación actual	387.544	Generación actual	872.872
Nuevas generaciones	672.113	Nuevas generaciones	146.012
Otras Reservas	10.811	Otros Beneficios	58.355
Déficit Actuarial	-118.342	Radio de Solvencia	0,9111

(*) **Aporte Patronal: 2% - Trabajador no cotiza**

SUPEN
Superintendencia de Pensiones

7)

FRE: Valuación grupo cerrado, montos en millones de colones

Activo Actuarial		Pasivo Actuarial	
Reserva Pensiones en curso de pago	142.437	Pensiones curso de pago	254.007
Activo generación actual	387.544	Generación actual	872.872
Otras Reservas	10.811	Otros Beneficios	9.456
Déficit Actuarial	-595.545	Radio de Solvencia	0,4759

SUPEN
Suplemento de Pensiones

8)



Dr. Ramos Chaves:

(...) que quede claro, eso ilustra muy rápidamente cuán fuerte es la divergencia entre los beneficios que se están prometiendo en el largo plazo y los ingresos. Puntualmente, ustedes tienen previstos, sobre todo ahora que aceleraron los escalones en el Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte (RIVM) al 2029, ¿2029 o 2028 finalmente? 28 “ok”, que los aceleraron al 2028, no sé si el gráfico azul está exacto, pero básicamente está muy cerca de la exactitud, ustedes van a tener 12.16 puntos de la masa salarial para financiar el IVM y la masa de gastos seguirá creciendo y creciendo hasta andar en un promedio de 35% de la masa salarial. Ahora, si esto resulta más fácil entenderlo en términos del Producto Interno Bruto (PIB), esa brecha de 23 puntos de la masa salarial, la masa salarial es 40% del PIB, cuando se trata del IVM. Es un poquito más cuando se trata del Seguro de Enfermedad y Maternidad (SEM), pero acuérdense que hay muchas personas en el sector normal que están en el SEM pero no en el IVM, los maestros, los jueces, etc. Entonces, por eso no son iguales las dos masas salariales, tienen que tener cuidado con esa parte del análisis, entonces si la masa salarial relevante para las pensiones es 40% del PIB, entonces, cada 10 de brecha de masa salarial son cuatro puntos del PIB, 20 puntos de brecha salarial son 8 puntos del PIB, entonces, para decirlo muy someramente, eso que ustedes ven ahí, representa una brecha de entre 8 y 10 puntos del PIB por año. Ustedes tienen una reserva de 8 puntos del

PIB, pero eso es un “stock”, una masa pero no es un flujo, eso es una brecha de 8 puntos del PIB flujo cada año, al 2058 una brecha de ocho puntos, 2059 una brecha de 8 puntos del PIB, 2060 una brecha de 8 puntos del PIB, con las condiciones actuales. Entonces, claro la inquietud que nos embarga ahí bueno, ustedes me van a decir, ¿y los estudios actuariales por qué difieren? Todos tienen la misma conclusión, la única diferencia es cuán rápido llegaste al estado estacionario, si ustedes ven todos los estudios actuariales, la misma Organización Internacional del Trabajo (OIT), tiene unos gráficos, los siete, ocho estudios actuariales, todos al final llegan a ese estado estacionario, treinta, treinta y cinco puntos de la masa salarial, la diferencia es cuán rápido. Unos dicen que llega como este, alrededor del dos mil cincuenta y pico, otros dice que llega en el dos mil sesenta y pico, con una diferencia de unos diez años, pero en el fondo todos van al mismo lugar. ¿Por qué? Porque el factor determinante es cuántos trabajadores tenés por pensionados y ese es un cálculo demográfico que representa muy poca variación. Entonces, bueno mi gran inquietud es, nosotros les tratamos de explicar esto múltiples veces a la mesa de diálogo, pero al final la mesa de diálogo hizo algo muy extraño, la mesa de diálogo del año 2005 había tenido una ventana, si recuerdo bien de 30 años, trataron de analizar la situación financiera del fondo para 30 años, cuando pusieron la decisión de qué ventana analizar en la mesa de diálogo, la redujeron apenas 20 años y ustedes se van a preguntar por qué solo 20 años. Bueno, en la mesa del 2005 una de las cosas que se acordó fue ampliar la cobertura, la cobertura de la Población Económica Activa (PEA) del IVM subió, si me acuerdo bien, de 48% a 62% más o menos, me puedo estar equivocando en algún puntillo, pero esencialmente subió 14% de la PEA, del 48% de la PEA al 62% de la PEA, y lo que ocurrió después es muy simpático, todo este 14% que empezó a cotizar, le empezó a meter plata financiera al IVM, pero claro 30 años después todos van a tener derecho a pensionarse. Entonces, qué es lo que va a pasar, alrededor del 2035 al 2040 empiezan a tener todos estos nuevos que entraron en la mesa del 2005, se van a pensionar y por eso se da lo que yo llamo la pared de gasto. La gran pared de gasto, del 2015 al 2014 lo que suben los gastos, como parte de la masa salarial es de 10% al 20% de la masa salarial, punto más punto menos, eso son 25 años para aumentar 10 puntos, pero en los siguientes 10 años, del 40 al 50 aumenta otros 10 puntos y ya, después, se empieza a estabilizar. ¿Por qué es tan violenta esa década en términos de gastos del 40 al 50?, Porque son los que se están pensionando, que entraron después de la reforma del 2005, entonces, claro por eso yo me he vuelto muy escéptico cuando la gente dice bueno, es que lo podemos solucionar aumentando la cobertura, etc., etc., ya eso no funciona, porque aumentar la cobertura te ayuda financieramente en el muy corto plazo, pero te deteriora la situación actuarial en el largo plazo, que es lo que quedó en evidencia en este estudio. Y entonces, ahora la preocupación es si la mesa de diálogo hubiera mantenido una ventana de 30 años, hubiera capturado gran parte de la pared de gasto y se hubiera visto obligada a determinar las formas de mayor calado, donde redujeron la ventana de análisis a solo veinte años. Lógicamente, el punto de corte quedó 2037, pudieron evitar el análisis de la verdadera pared, a menos que la siguiente mesa de diálogo, que sería cinco años después, en el 2022, a menos que ustedes la quieran adelantar, decida recortar todavía más la ventana, lo cual ya me parece que rayaría en un acto de negligencia absoluta, pero bueno, digamos que mantiene la misma ventana, se van a ver obligados a proponer cosas mucho más fuertes. Es en ese marco que bueno, yo trato de ser una persona muy razonable, parte de la razonabilidad es aceptar lo que se puede hacer y no estar esperando lo imposible, apoyé las conclusiones de la mesa de diálogo. Me pareció que era, se los voy a decir así, transparentemente, que era una mesa de diálogo que en vez de haber hecho propuestas profundas y graduales, terminó haciendo propuestas pequeñas, en términos relativos a la magnitud de lo que estamos hablando, pero las hacía a aplicación demasiado inmediata. Entonces, en ese sentido, por ejemplo, la propuesta de reducción de

beneficios de 5 puntos porcentuales con la tabla, haciendo algunos números, calculamos que reduce la brecha de 23 puntos, más o menos en 3 puntos porcentuales, es decir, que a largo plazo, en vez de ser de 35% es como de 31% ó 32%, con esa reforma específica. Y entonces, uno dice, es una reforma claramente insuficiente, 3 puntos porcentuales de una brecha de 23 puntos porcentuales, es evidentemente insuficiente, pero la mesa dijo aplíquese de manera inmediata, a mí me pareció un poco extraño, en vez de hacer una reforma profunda de 10 puntos porcentuales y decir aplíquelo durante los próximos 20 años, dijeron vamos a hacer una chiquitita de 3 puntos porcentuales, pero la hacemos de inmediato. Yo no hubiera tomado esa decisión, pero yo no era el que tenía voto en esa mesa, a mí lo que me asustó fue, que eso vino acá y digamos la poca fuerza, que tenía esa reforma que era de solo 3 puntos de la brecha, pero por lo menos es inmediata. Creo que se ha ido disminuyendo, porque hasta donde entiendo ha habido una intención de estudiarlo más y analizarlo más, y yo los entiendo, ustedes vienen llegando y no necesariamente saben todo lo que pasó, pero lo que sí les digo es, si ustedes agarran una reforma que solo soluciona 15% del hueco y que todavía queda otro 85% y además, lo diluyen en el tiempo, casi que lo único que les queda es hacer una compensación haciendo otra reforma y tal vez, eso me lleva a la siguiente diapositiva, en esa mesa de las 34 recomendaciones, 29 son esencialmente decisiones administrativas, hay una que sí tiene peso en mi opinión, que es la del PRODEFI (Sistema de Proyecciones Demográficas y Financieras), podemos hablar de eso en un momentito.

Directora Abarca Jiménez:

¿La de qué perdón, la del qué?

Dr. Ramos Chaves:

El PRODEFI.

Directora Abarca Jiménez:

¿PRODEFI?

Dr. Ramos Chaves:

Sí, el sistema, esencialmente, es el mecanismo que tienen ustedes para hacer moderación actuarial, es un modelo que hasta daba pena verlo en acción en la mesa de diálogo, porque es un modelo de 1999, que está tan viejo, tan viejo que lo tienen que correr en una máquina virtual de Windows XP dentro de un Windows moderno, porque ni siquiera corre en un Windows moderno. Y, entonces, yo cuando me leí el código y vi que lo habían hecho en 1999, me quedé frío porque yo decía a ver, esto es la base de la paz social del país y no la hemos actualizado en 20 años. Por dicha la mesa de diálogo sí acordó actualizarla, ya el equipo de don Jaime preparó digamos una propuesta, en términos de referencia y va a ir a un cartel y todo eso, pero un poco a lo que vengo hoy es que le den todo el apoyo a Jaime, para que eso camine rápido, porque yo sé que a veces los carteles se ponen un poquito lentos, yo sí creo, no tanto para tomar decisiones ya, pero pensando en la mesa de diálogo del 2022, sí creo que sería muy importante que ya ese PRODEFI esté funcionando bien, bien probado, que ya la Junta Directiva conozca el tipo de resultados que les da, etc., etc. Fuera de la cuestión del PRODEFI, por qué es que lo del PRODEFI le pongo

tanto énfasis, porque algunas de las recomendaciones administrativas, por ejemplo reducir los costos de Jaime; para darles un poco de perspectiva, siempre es bueno revisar los costos administrativos, tratar de racionalizarlos, optimizarlos, pero por ejemplo, los costos de Jaime si me acuerdo bien, son 4% de los ingresos, un poquito menos, 3, bueno 3, 4% de los ingresos, entonces claro si ustedes toman la masa salarial, la masa salarial se le descuenta 10%, de lo cual 4% de ese 10%, es decir 0.4% de la masa salarial o 0.3%, si usamos 3%, se usa para costos administrativos, imaginemos que lo pueden reducir 20%, que es mucho, reducirle el presupuesto a Jaime un 20% es mucho, un montón. Entonces, digamos que lo acepta, cuánto es ese 20% del 0.3% de la masa salarial, estás hablando del 0.06% de la masa salarial y cuánto es el hueco 23%, entonces, ahora si ustedes me van a decir no, no quiero hacer ningún ajuste serio paramétrico antes de que Jaime produzca sus costos, de qué estamos hablando, cómo van a sacrificar el ajuste, que son 23 puntos de la masa salarial, para esperarse a que don Jaime vea a ver cómo reduce 0.06%, esa es la falta de perspectiva que a veces hay porque claro, yo les digo a ustedes 23% de la masa salarial y el estudio de la UCR (Universidad de Costa Rica) dice que se puede reducir 20% de los costos de Jaime, cosa que yo nunca tuve muy claro, pero digamos que es cierto, entonces, claro se ve como 23% y 20% y no, la comparación correcta es 23% y 0.06%, ven, eso es lo que a veces cuesta ver inmediatamente, toma un ratillo masticarlo. Por eso, yo sí siento que es muy importante enfocar la atención en esas cinco recomendaciones, por lo menos las de la mesa, a mí lo que me preocupa es que hasta cierto punto de lo que se agarró la mesa, para no hacer reformas de mayor calado, fue número uno, el cuento del 0.25% de la contribución patronal, eso fue un proyecto de ley, que es un compromiso del Ministerio de Trabajo. Todavía estamos esperando que lo saque, dos, la transferencia de sesenta mil millones de colones, también aquí estamos esperando sentados, esas dos reformas le agregaban otro punto nueve, punto ocho, punto nueve de la masa salarial a los ingresos, en otras palabras, subía de 12.16% a más o menos 13%, cosa que ayudaba a ir cerrando poquito a poco la brecha, “a pellizcos se mata este burro”, pero no están esos dos proyectos de ley. Entonces, también, yo siempre le dije a don Jaime, mirá si esos dos proyectos de ley no aparecen en un tiempo prudencial, que me parece que ya, ahora que estamos a más de año y medio de que se cerró la mesa de diálogo, y todavía no aparecen esos dos proyectos de ley. Entonces, está en la Junta Directiva de la Caja decidir qué medidas alternas va a tomar para suplementar el ingreso, que nunca se dio porque el gobierno no se movió en hacer esas dos reformas, porque evidentemente había una voluntad de la mesa, de cerrar la brecha más de lo que efectivamente se ha cerrado. Luego, está el cuarto elemento que es el famoso 4.8% meta de rendimiento real anual, esa decisión me dio una profunda tristeza, porque como he comentado en muchas oportunidades, ustedes le pueden preguntar a cualquier actuario, la regla genérica para los actuarios es, un escenario conservado, es un rendimiento real de 2%, un escenario base es un rendimiento real de 3%, un escenario agresivo es un rendimiento real de 4%, el análisis que hizo la UCR fue que los ingresos históricos del IVM eran más altos, entonces que el escenario base podía ser 4% en vez de ser el agresivo y que el escenario agresivo era 4.8%, pero ojo, era el escenario agresivo, al menos viendo el rendimiento histórico de IVM, pero claro por lo general un fondo muy bien manejado rara vez logra estar por ahí del 4% real, no nominal, real, entonces la preocupación que le da a uno es que si la Junta toma la decisión de que Jaime tiene que ver cómo consigue 4.8% real en el muy largo plazo, porque no es mañana, no es de un año, es que Jaime consiga ese rendimiento por los próximos 100 años, Jaime y sus sucesores, obviamente. Entonces, la pregunta es ¿es esto realista, qué están de facto haciendo? Están básicamente obligando a que Jaime y sus sucesores tomen unas decisiones, o que se pongan muy agresivos y por lo tanto, asuman mucho riesgo, lo cual es complicado en pensiones, poner a alguien a asumir mucho riesgo en pensiones, no es la plata suya, es la plata de todos los

contribuyentes del país. O dos que se pongan creativos con la contabilidad, o tres que simplemente incumplan. Entonces, que simplemente incumplan, van a tener un problema de que entonces no va a alcanzar el dinero, tiene que haber un poquito más para que la reserva rinda más. Luego, lo otro que me pareció muy extraño de ese 4.8% es que sigue poniendo el foco en la reserva del IVM, si la reserva del IVM fuera 120 puntos del PIB, pues sí por supuesto que la diferencia entre ganar un 3% y 4%, tiene resultados dramáticos, pero en un caso como el IVM que la reserva es apenas 8 puntos del PIB, va sujeto a una masa de gastos muchísimo más grande que eso, entonces estar peleando que si consiguen 4% ó 4.8%, en realidad es trivial en el gran panorama. Finalmente, ya les había comentado, la única reforma paramétrica que tenía más bien desde la cinco, era modificar el porcentaje de cuantía adicional, que ya les comenté lo que ha ido pasando, se ha ido posponiendo, se están haciendo más estudios, o sea, yo entiendo el llamado a la prudencia, pero también quiero que entiendan como lo estamos viendo desde el lado nuestro, que esto ya era un ajuste mucho menos significativo del que se requería, porque se hizo una serie de trucos en la mesa de diálogo, para no hacer el análisis con la profundidad que se tenía que hacer. Además, aquí se analiza todavía más y se va posponiendo la decisión y, esencialmente, no es que no se harán los ajustes, pero entonces lo que van a hacer es que básicamente la mesa de diálogo del 2022 va a ser muy violenta, va a requerir de ajustes extremadamente violentos, también que ya la situación financiera va a ser mucho más crítica en ese momento, esas son como a grandes rasgos las preocupaciones mías, tengo otro montón de comentarios que los he externado en el pasado, desde el punto de vista técnico, desde el punto de vista de la discrepancia que hay a veces entre el discurso político y lo que efectivamente se da, digamos el ejemplo característico que siempre doy es el caso de las mujeres, particularmente las mujeres, hay un discurso político que es importante, que las mujeres se puedan pensionar a los sesenta años con cuatrocientos cincuenta cuotas, por qué, porque son las que cuidaron a los hijos, etc., etc. ¿Cuál es el problema con ese discurso?, que si usted se para a pensar cuál es la pensión ordinaria en Costa Rica de los hombres, es sesenta y cinco años con trescientas cuotas, les hago la siguiente pregunta, cuál es la pensión ordinaria de las mujeres en Costa Rica, 65 años con 300 cuotas, es exactamente la misma que la de los hombres. Entonces, claro, yo digo, si la idea era proteger a mujeres con una vida laboral llena de huecos, porque qué sé yo se salieron cinco o diez años a cuidar a sus hijos, ¿por qué es que tienen la misma pensión ordinaria que los hombres? En cambio la pensión extraordinaria, porque no hay otro nombre, es decir, la pensión anticipada se le permite a la mujer, requiere que estas tengan 450 cuotas al momento de pensionarse. Lógicamente, una mujer con 450 cuotas a los sesenta años es una mujer que tuvo una vida laboral muy densa, por lo tanto, no es una mujer que se salió a cuidar a los niños cinco o diez años. Entonces, a ver, no es que estemos... no es que esté mal “per se” que existan estas cuotas anticipadas. A mí lo que me incomodó es que el discurso político está completamente divorciado de lo que, efectivamente, ocurre en el diseño del Reglamento de IVM, y a pesar de lo que expuse, no hubo ninguna voluntad de cambiar cosas como esto. Entonces, yo les pregunto ¿cuál es el verdadero objetivo de estas políticas en el reglamento?, y esa es una, hay un montón más, pero esa es como una de las más claras. Si gustan seguimos, el segundo problema, el grande que tenemos, al menos aquí con la Caja, es el tema del FRE, el fondo de los empleados de la Caja, es un fondo, al cual el trabajador no cotiza, únicamente hay un aporte patronal de 2% de parte de la Caja y la preocupación es que no es un régimen de capitalización individual, sino que es un régimen de beneficio definido, este régimen de beneficio definido, tiene básicamente dos problemas, uno obviamente, que tiene un desfase actuarial importante, incluso medido con grupo abierto, ustedes verán la última fila, columna izquierda, déficit actuarial, ciento dieciocho mil millones de colones, incluso en la medición de grupo abierto, que es usualmente la menos

conservadora. Entonces, primera pregunta, ¿cómo están pensando resolver ese déficit actuarial?, incluso si ustedes lo miden como grupo abierto. Pero, la cosa no termina ahí, esa es la medición agresiva, la medición conservadora del grupo cerrado, tiene un déficit actuarial de seiscientos mil millones, igual última línea, columna izquierda y entonces ahora sí, cómo van a pagar eso, van a decir y por qué esa discrepancia. Dos razones, número uno: observen que hay una línea que se llama nuevas generaciones, es la tercera línea numérica, por la forma en que funciona el cálculo de nuevas generaciones, la estimación actuarial estima seiscientos setenta y dos mil millones de ingresos y únicamente ciento cuarenta y seis mil millones de gastos, mientras que la del grupo cerrado, no lo tiene de todo, esa es la diferencia esencial entre grupo abierto y grupo cerrado. El grupo abierto supone que la Caja, puede sonar a una perspectiva razonable inicialmente, seguirá existiendo para siempre, y que por lo tanto no nos tenemos que preocupar del grupo cerrado, porque como la Caja siempre existirá, entonces siempre hay nuevas generaciones, lo que pasa es que el concepto de nuevas generaciones es usualmente un concepto válido en Seguridad Social, es decir, en el fondo que maneja don Jaime, ahí sí es válido técnicamente usar grupo abierto, ¿por qué?, porque yo hoy sé cuántos niños nacieron el año pasado, entonces resulta relativamente fácil con algunos supuestos saber cuál va a ser el tamaño de la fuerza laboral aproximado en 25 ó 30 años, y por los siguientes 50 años, en cambio para ustedes es básicamente un salto de fe como Caja, no como IVM sino como fondo de empleados de la Caja, es básicamente un salto de fe suponer cuántos empleados va a tener la Caja en 25 años, por eso es que no es recomendable usar el método del grupo abierto, porque así como la Caja podría tener ochenta mil empleados en 25 años, podría tener treinta y cinco mil, ustedes no lo saben, sí sabemos cuántos niños nacieron el año pasado, que tendrán 25 años en 25 valga la redundancia, pero no sabemos cuántos médicos, cuántas enfermeras requerirá la Caja en 25 años. Y aparte de ese problema hay algo más grave en este fondo, que no es fácil capturarlo en esta síntesis de balance, y es lo que nosotros llamamos todos, el submarino, es (...) en todos los que han visto esto, el submarino en el FRE consiste en que las promesas que se hacen de beneficio están topadas, si me acuerdo bien en este momento es como trescientos mil colones el tope, trescientos algo mil colones, la forma en que se logra que medio cierre, digo medio cierre porque siempre aparece un déficit de ciento dieciocho mil millones de colones en el modelo actuarial abierto, para que no sea tan grande como el cerrado, porque se hace un presupuesto de que el tope va a ir creciendo menos que la inflación y, ciertamente, menos que los salarios de la Caja. Entonces, a modo de referencia, como crece menos que la inflación, entonces, imaginen hoy que la gente afectada por el tope, son primariamente qué se yo, médicos, en el año 2080 hasta los misceláneos van a estar topados, por qué, porque el salario de los misceláneos sigue creciendo al ritmo de la inflación y el tope de la pensión del Fondo de Retiro de Empleados (FRE) crece más despacio. Entonces, claro cuando ustedes ven la curva de gasto y de ingresos del FRE, ustedes van a ver que hay un periodo muy pequeño en que los ingresos exceden los gastos, ya se está acabando y después por los siguientes 40 años los gastos son muy superiores a los ingresos en el FRE, pero dentro de como 60 años, vuelven a ser los ingresos superiores al gasto. Yo dije, qué es esta forma tan rara y me dijeron sí es el submarino y yo por qué submarino, porque, claro, el fondo se sumerge en déficit durante 50 años y vuelve a tener superávit en el año 2070, por qué es que tiene superávit en el 2070, porque en el año 2070 los misceláneos se van a estar pensionando con un salario de veinte millones de colones, pues les van a dar una pensión del FRE de trescientos cincuenta mil colones, porque el FRE va creciendo muchísimo más despacio que los salarios y esencialmente, ese es el truco actuarial que tiene el FRE para parecer que es sostenible, cuando en realidad es un fondo profundamente insostenible, que es lo que se captura en la evaluación de grupo cerrado. Nosotros hemos tratado de hablar un millón de veces con la Junta Directiva del FRE, con los

directores ejecutivos, etc., etc., y siempre hemos “pegado con pared”, un poco por eso yo traigo el tema hoy a la Junta Directiva de la Caja propiamente, porque la preocupación que tenemos es que a nivel legal, por lo menos la ley dice que la Caja lo más que puede dar es 3%, y el bloqueo que ustedes tienen es que este ahora recibe 2%, ustedes lo podrían subir a 3, con lo cual le da mucha más sostenibilidad, pero ojo, le da mucha más sostenibilidad siempre por estos trucos del submarino y de topar la pensión y todo eso, es decir, en vez de ajustar los beneficios de una manera correcta y ordenada, esencialmente se usa el tope para hacer una especie de ajuste a la fuerza en el largo plazo, específicamente se usa el tope crezca menos que la inflación. Y finalmente, hay un sinfín de problemas de gestión de este fondo que van más allá, hay un sinfín de problemas de gestión, que también los hemos apuntado en numerosas ocasiones, de la forma cómo se maneja el fondo, etc., etc., es un fondo muy litigioso, en múltiples ocasiones nos han llevado a juicio, para debatir si son o no son un fondo de Seguridad Social, y así como la SUPEN acepta de entrada que el IVM es una Seguridad Social y que no está sujeta a nuestra regulación, únicamente a nuestra supervisión, de la misma manera nos reusamos a aceptar que el FRE sea Seguridad Social, el FRE es un fondo poco pasional y está sujeto a la regulación de la SUPEN. No es un tema de irracionalidad, es un tema de qué dice la ley y cuál es la naturaleza de cada fondo, y no, esos eran los dos temas principales de índole actuarial en relación con los fondos.
¿Puedo seguir?

Doctor Macaya Hayes:

Usted puede seguir toda la tarde si quiere.

Dr. Ramos Chaves:

Ok gracias, sí. El tercer temita que tal vez, es algo más, es un problema nuestro pero está muy vinculado a ustedes como Caja, es el tema del Sistema Centralizado de Recaudación (SICERE), resulta que el SICERE como algunos de ustedes sabrán, algunos tal vez no lo tengan tan claro, además de gestionar por supuesto, los ingresos de la Caja propiamente dicha, también la ley contempló que gestiona los ingresos de las operadoras de pensiones, específicamente los dos fondos obligatorios, el Régimen Obligatorio de Pensiones (ROP), el régimen de pensión complementaria y el Fondo de Capitalización Laboral (FCL). Nosotros hemos tenido dos problemas con el SICERE a través del tiempo. El primero es el tema del costo, el SICERE cobra una comisión por esta administración de los fondos, yo he oído que es un trabajo pesado, que no es tan sencillo y que es costoso, eso yo no lo he vivido por un minuto, pero básicamente se los pongo de esta manera, yo entré hace casi cuatro años a la Superintendencia, el tiempo pasa un poco rápido, pero en realidad ya tengo mi ratillo de estar en la SUPEN, y desde que entré me dijeron ya, ya sale el nuevo estudio de costos y se lo vamos a compartir, aquí estoy casi cuatro años después y no, no vemos luz al final de túnel. Entonces, a mí me preocupa, para ustedes mismos, que si ustedes tienen alguna idea cuáles son los costos del SICERE, puesto que a nosotros nos cobran esencialmente lo que les da la gana. Entonces, es como un primer problema, el segundo problema es más específico: a nosotros, la ley contempla que existe una cosa llamada la libre transferencia entre las operadoras y que es ilegal obstruir la libre transferencia. Cuando yo llegué a la SUPEN me di cuenta que por una serie de razones y en parte por la misma SUPEN bajo mi predecesor, que a mí no me gusta echarle toda la culpa a la Caja cuando no la tiene, en parte fue algo que promovió la SUPEN, antes de que yo llegara, se comentó que las personas en vez de trasladarse en la operadora a la que quieren ir, se tienen que trasladar a la operadora de la

que se quieren ir, en la jerga nuestra es operadora de origen, operadora de destino, lo raro es que si ustedes se leen nuestro reglamento, porque tenemos uno para este tema justamente, y no es algo que yo cambié, es algo que ya estaba, es bastante fácil deducir que la intención siempre fue que los traslados sean en la operadora de destino, pero bueno casi nadie le hace caso al reglamento de SUPEN, a pesar de que la ley dice que el que prevalece es el reglamento de la SUPEN para efectos de libre transferencia, ojo, para ninguna otra cosa, para todo lo demás, como se cobran las planillas, como se hacen las transferencias a nivel técnico en el SICERE, ahí no nos metemos, pero para efectos de las condiciones en las que puede ocurrir una libre transferencia, el que lo define es el reglamento de la SUPEN, ese reglamento existe, es el artículo 103 del reglamento de apertura y funcionamiento, ese artículo a pesar de que donde usted lo lee la intencionalidad claramente es que una persona se traslada en la operadora de destino, es decir, yo me quiero ir, por dar un ejemplo concreto, me quiero ir de BN VITAL y quiero estar en no sé, Popular Pensiones y entonces yo lo que haría bajo la lógica del reglamento de la SUPEN, es ir a Popular Pensiones y pedir ahí que me trasladen, pero la SUPEN en su lineamiento, lo tiene al revés, si yo me quiero ir al Popular Pensiones, yo debo ir a la operadora de origen que en este caso sería BN VITAL y decirle a BN VITAL, señores, me quiero ir al Popular, ahora la inmensa mayoría de la gente no se traslada físicamente, es decir no van físicamente a la operadora, sino que por lo general la operadora de destino lo que hace es llevar un notario y que levante poderes, del pueblo en general cómo funciona, en la práctica, la libre transferencia en Costa Rica, salvo que tenga firma digital, que eso siempre ha sido un cuento del que se agarra SICERE, pero el problema es que la firma digital históricamente, es apenas doscientas mil personas de los dos punto dos millones de personas que cotizan, entonces, digamos que agarrarse de la firma digital no es como muy sostenible en mi opinión, si la firma digital estuviera más prevalente, creo que habría más credibilidad en ese argumento. Qué es lo que hace la inmensa mayoría de la gente, firma un poder, que se lo da a la operadora de destino el poder de hacer el traslado en la operadora de origen, cuál es el problema con este tema de los poderes, que entonces tenemos entidades que tienen catorce mil, treinta mil, cuarenta mil poderes acumulados, porque claro las operadoras de origen se reusan a recibir los poderes, digamos, usan mil artimañas para no recibir los poderes, entonces yo tengo ya tres años y medio pidiéndole al SICERE de todas las maneras más bonitas y más feas que he podido pensar, que por favor vuelvan a permitir en el sistema informático, porque antes se podía, o sea no es algo nuevo, antes se podía pedir el traslado en la operadora de destino, que lo vuelva a habilitar, y el SICERE largas, cortas, no lo ha hecho. digamos que el primer año, el segundo año, yo dije bueno, puede ser que de verdad tenga alguna complejidad, me disculpan, pero ya tres y medio, casi cuatro años, yo ya empiezo a pensar que simplemente no hay voluntad de hacer este cambio. Y yo ya en múltiples oportunidades le he manifestado a don Luis Rivera, el que dirige el SICERE, que mire aquí hay un tema legal, la ley es muy clara que no se puede obstruir la libre transferencia entre operadoras y mi juicio es que este señor la está obstruyendo, el día de mañana cuando a alguien se le ocurra plantear una demanda, y se me ocurre que hay más de una entidad por ahí que tiene cuarenta mil, cincuenta mil, sesenta mil poderes pegados, podría plantear esa demanda con facilidad, porque ya estamos hablando de millones de millones de dólares, es un saldo que no logra trasladar, porque esencialmente el sistema está diseñado para que sea muy difícil trasladar. Yo voy a ser el primero que va a presentar todos los papeles y mostrar todas las veces en que intenté que se cambiara esa norma, y los que van a tener que dar explicaciones son ustedes, además, como ya me cansé de hacerlo, por buena fe con don Luis y además don Luis ya me expuso legalmente, porque por supuesto, las operadoras ya se fueron detrás de mí y dijeron, usted es el que no está cumpliendo, porque su reglamentación no es suficientemente clara, después de la opinión que está bastante

clara, pero de todas maneras voy a hacer una reglamentación que ya pronto la verá el (...) en que va a quedar en blanco y negro, que los traslados se hacen en la operadora de destino o en la de origen, en la que usted quiera, porque no hay ninguna obstrucción para pasarse cuando usted quiera y como usted quiera, de por sí eso es lo que dice la ley y se acabó para mí, yo ahí me lavo las manos. Pero a mí lo que me duele es, con don Jaime ha sido muchísimo más fácil hablar, tratar de ver cómo se mejoran las cosas, con don Luis yo no he sentido esa voluntad, entonces yo lo traigo aquí a la Junta Directiva, porque me parece que ya es hora de que ustedes entiendan, que si después parece que construí un conflicto, que voy a tener que sacar este reglamento, que tiene un choque mucho más frontal, con lineamientos de la Caja, de lo que yo voy a decir explícitamente, se pueden trasladar en la de destino y los lineamientos de la Caja, por lo menos de SICERE, dice donde se puede trasladar, en la de origen, no es que yo estoy buscando pleito, ya traté de resolver esto por las buenas durante tres años y resto y bueno, esos son como los tres grandes temas, no sé si se me está yendo alguno. No sé si hay alguna pregunta, muchísimas gracias por escucharme.

Director Steinvorth Steffen:

Usted decía que había tres problemas con el SICERE, el primero costo de la comisión, que no está debidamente justificado, el segundo que es ilegal la obstrucción de la ley de transferencia y entendí que había un tercero.

Dr. Ramos Chaves:

No, no, básicamente sí esos dos, que es ilegal obstruir la libre transferencia, SICERE al tener los lineamientos básicamente dificultando la libre transferencia, tras lo que pasó fue esto, había aproximadamente treinta mil transferencias por mes, antes de que se cambiaran las normas, el cambio de normas fue más o menos en el 2014, yo entré en el 2015, y a mi predecesor le pareció que era un volumen muy alto de transferencias y entonces persuadió a SICERE, al menos así es como me sé la historia, de que SICERE cambiara los lineamientos de operadora de destino a operadora de origen y SICERE accedió; Entonces apagó en el sistema, si se permitía trasladarse a la de destino, lo apagó y lo prendió, que solo se pueden trasladar en la de origen, el problema es que las transferencias disminuyeron diez veces, es decir pasaron de unas treinta mil al mes a unas tres mil al mes, cuando yo llegué y me presentan esto como una gran cosa, vea como redujimos este montón de transferencias, yo dije, miren ustedes están completamente locos, la ley es muy contundente en que a la persona, o sea al ciudadano le estamos quitando 5.75% del salario de manera coercitiva todos los meses, y que mi justificación para que eso sea así... y mandarlo a una entidad privada llamada operadora de pensiones S.A, es porque usted puede escoger en cuál estar y por lo tanto no le puedo impedir la libre transferencia, el Estado está haciendo un ejercicio coercitivo de dinero, mi justificación es siéntase libre de estar en cualquiera de las operadoras que hay a su disposición, en el momento en que la SUPEN, porque aquí hubo una participación de la SUPEN y hay que asumir la responsabilidad y SICERE se pusieron de acuerdo, para dificultar de manera importante la libre transferencia, en mi opinión rozaron la ley, y yo llevo tres años y medio tratando de corregir el entuerto y no ha sido posible. Lo raro es, y esta es la cosa que reconozco que descubrí hasta hace relativamente poco, el único lugar en que ocurrió el cambio, fue en los lineamientos de SICERE, nunca se cambió el reglamento de la SUPEN, entonces yo lo que he determinado de esta situación, es que hasta donde sé la iniciativa un poco vino de la

SUPEN, pero el que queda expuesto legalmente es SICERE, no la SUPEN, porque la SUPEN siempre ha mantenido el mismo reglamento.

Director Steinvorth Steffen:

Usted decía que había como cambios positivos desde la entrada del nuevo Gerente Financiero, ¿está relacionado con SICERE o...?

Dr. Ramos Chaves:

No, con el FRE, digamos con Picado nunca hubo forma de hablar transparentemente de las preocupaciones nuestras del FRE, apenas llegó don Carlos Alfaro fue notorio el cambio, ya hemos podido hablar dos veces con él, y él ha sido muy enfático en que le va a poner un ojo a este problema. Entonces, sí se siente un cambio, por lo menos de actitud, no sé si don Carlos, no les tengo que decir a ustedes, todos sabemos que la Caja es un lugar complicado, no sé cuánto espacio de maniobra finalmente tendrá don Carlos, pero ha sido muy notorio el cambio de actitud.

Doctora Macaya Hayes:

¿Comentarios? Marielos.

Directora Alfaro Murillo.

Muchísimas gracias, don Álvaro. Cuando usted hace mención de lo acordado en las dos mesas de diálogo, a mí me parece que uno de los temas que yo hace unos días mencionaba aquí con los compañeros es que nosotros, la Junta tiene la responsabilidad de dar, tomar las decisiones para la sostenibilidad del sistema de pensiones de la Caja, de IVM. No podemos suponer que las decisiones se van a tomar cada cinco años en una mesa de diálogo, eso es un error, entonces ahora esperamos a la mesa del 2022 a ver qué vamos a hacer. No, la discusión de la sostenibilidad del IVM es aquí y es de todos los días hasta lograr que tengamos un consenso de para dónde dirigir el asunto, pero resulta que nuestra pensión, la administración del sistema está sujeto, estamos dentro de un sistema nacional, entonces hay cuatro pilares, hay dos pilares que no manejamos nosotros, que son la Ley de protección al trabajador, los fondos y lo que corresponde a las pensiones complementarias. Entonces, esto es una discusión que debe darse en el marco nacional, pero lo que nos toca a nosotros no puede estar sujeto a que si una mesa de diálogo decidió que sí era a 30 años el horizonte para el análisis, y la otra decidió que 20, porque la responsabilidad no es de esa mesa de diálogo, la responsabilidad es de estos nueve que estamos aquí, eso es lo que hay que tener clarísimo, suponer que entonces vamos pateando la bola para que cada cinco años una mesa se reúna y defina y vea, cuando usted lo acaba de explicar con una claridad absoluta, usted presenta una información y no está seguro ni siquiera si todos están entendiendo de qué va la cosa, porque esa es la realidad, y tenemos una mesa que nos envía a dos reformas de ley, que el Ejecutivo no toma, no se abandera, no están, no existen, si no están en la corriente legislativa no existen. Ahora puede que no existan porque la Caja no haya hecho el “lobby” correspondiente, puede ser que sea culpa nuestra, puede ser responsabilidad del Ejecutivo, que las tiene y no las impulsa, pero lo cierto es que no están, no existen. Entonces uno dice, esperemos a ver en el 2022, yo no puedo esperar ni un día más, porque mi responsabilidad

en esta Junta es hablar de la sostenibilidad y tomar las decisiones correspondientes. Usted bien decía que una de las medidas ha sido pospuesta porque, no porque haya compañeros nuevos, es porque hay una obligación de analizar el contexto completo, usted viene hoy y expone algunos elementos, desde la perspectiva y la lógica de la SUPEN, que yo agradezco mucho que los exponga, porque uno de los temas que yo he planteado aquí en esta Junta, es que el debate sobre este tema es un debate ausente en esta Junta Directiva, ausente, el creer que pasamos el 2017, 2018 esperando a ver qué decía la mesa de diálogo, esperando, sin hacer un debate aquí, a mí me parece una irresponsabilidad y yo soy parte de esa irresponsabilidad, porque si lo estoy planteando y lo he planteado otras veces, tendremos que ser más deliberantes, pero estamos muy lejos de la próxima mesa de diálogo y muy cerca del problema, demasiado cerca del problema, entonces, habrá que hacer un análisis detallado de cuáles son las acciones a tomar, ahora, dentro de ese paquete el tema del aumento causó, como dice usted el estudio de la UCR, causó mucho estrés con el aumento de la edad, pero también se ha hablado del aumento del aporte, porque usted fue claro al decir que el problema no es la reserva, el problema es la intersección de las curvas de ingresos y egresos, el punto de inflexión, eso, bueno, entonces aumentemos los ingresos, y una de las vías es aumentar el aporte, aquí discutimos que era necesario que estos temas permearan a la población a través de un buen paquete o programa de comunicación, porque la población costarricense no tiene el manejo de esta información, o sea de hecho la gente cuando pasó lo de la mesa de diálogo reciente, la gente decía, pero qué es lo que tenemos que hacer y a mí me decían, si hay que aumentar el aporte, yo estoy dispuesto o dispuesta, pero, explíquenme, pero nosotros no explicamos, este es un sistema que es como entre nosotros, entre nos, entonces la SUPEN habla de esto, la Caja habla de eso, algunos otros hablan de eso y ya, pero ninguno hace una labor de información y de formación a la población; entonces ante eso no podemos esperar que la población reaccione de manera objetiva frente al tema, entonces, yo creo que en esa discusión y en ese análisis del tema debemos empezar a ver opciones en conjunto con la asesoría, con el acompañamiento de la SUPEN, pero es una discusión que hay que dar acá y hay que darla en el entorno del plazo en el que verdaderamente se vayan a visibilizar los temas importantes, estar seguros de que las decisiones que estamos tomando tienen un valor agregado al sistema y que no es solo patear la bola, pero de eso yo quisiera estar convencida, y si tomo una decisión, no es esta para poner un parche ahora, porque eso es lo que hemos hecho, es esta para poner un parche, dando tiempo a que venga la siguiente mesa, que también pondrá otro par de parches y ahí vamos. Entonces, para mí eso no es un abordaje serio del tema de la sostenibilidad del IVM y creo que abrimos nuevamente con la presencia suya a la discusión de cómo va a hacer esta Junta Directiva, la Junta 2018-2022 para abordar ese tema de manera seria y profunda.

Dr. Ramos Chaves:

Sí, muchas gracias doña Marielos, tal vez para efectos de los que no estuvieron en la Junta de la administración pasada, me gustaría clarificar que no considero que haya habido una irresponsabilidad en la Junta pasada, por una razón muy puntual, porque a mí no se me olvida, a todo el mundo se le va olvidando, pero a mí no, que la Junta pasada tomó la decisión de aumentar los aportes en 1.66 sobre el salario y cuando llegamos a la mesa de diálogo, tanto el gobierno como los representantes del gobierno en la mesa, como los representantes de los sectores sociales, no todos, pero algunos, parecían tener una posición de que había que revertir este 1.66, entonces, claro hubo un momento, hubo aproximadamente unas 20 sesiones de las mesas de diálogo, cuando estábamos como por la sesión 8 ó 9 yo empecé a pensar, qué embarcada esta mesa de diálogo, porque más bien la van a usar para revertir decisiones que ya tomó la Junta y a

mí tampoco se me olvida, incluso ocurrió el despido de doña Rocío y eso mal que bien manda una señal terrible al proceso, porque estuvo estrechamente vinculado a esas decisiones, más bien, yo no sé, bueno, son cosas que pasan, después del despido de doña Rocío, como que las cosas se fueron enfriando un poco y finalmente la mesa avaló el 1.66, y después avaló esa reforma modesta tirando a insuficiente, pero que por lo menos iban en la dirección correcta. Si ustedes leen mis declaraciones en ese momento, yo dije fueron a la dirección correcta, por qué, porque yo en algún momento dije van a ir en la equivocada, entonces en el momento que por lo menos fueron en la correcta, yo dije esto hay que felicitarlo porque si no uno le sigue dando la retroalimentación incorrecta a las personas, entonces no doña Marielos, yo no siento que la Junta fuera irresponsable, para mí fue muy claro que la irresponsabilidad radicó en otras partes del sistema político nacional, eso digamos como para dejar esa parte más clara. Pero sí siento que el episodio dejó muy claro que sí tiene que haber más discusión, no sé si darle el nombre rimbombante de “mesa de diálogo nacional” o si le podemos bajar un poco el tono o cómo se maneje, pero sí pareciera que cuando la Junta es la que toma las decisiones de manera muy cerrada, va a rodar la cabeza de este señor aquí a la izquierda mía, me parece que por un factor de prudencia, probablemente es importante, no sé si llamarlo plan de comunicación o convocar una mesa técnica más que una mesa de diálogo, no sé cómo se tendría que hacer, pero eso ya digamos se escapa a lo que yo les puedo aportar hoy aquí, pero sí creo que ya yendo no más a esta mesa que está hoy acá, (...) que reflexionen sobre esas experiencias, que yo sí creo que en el pasado las Juntas han tomado decisiones importantes, lo que pasa es que las decisiones están muy centradas en los ingresos, en los aportes y ha sido muy difícil tomar decisiones de ajustes importantes en los beneficios, aun cuando esas decisiones son, lo que los gringos llamarían un (...) algo que no fue visto con ninguna dificultad, justificarla dentro de lo técnico y hasta dentro de lo político, una de ellas, que no logré persuadir a la mesa de que la tomara, es evidentemente el que no deberían seguir existiendo los retiros anticipados sin penalización actuarial, ¿qué significa eso? Por ejemplo, yo no tengo ningún problema con que una mujer se pueda pensionar a los sesenta años y que un hombre se pueda pensionar a los sesenta y dos, lo que es completamente ilógico es que se puedan pensionar con la misma pensión que si se fueran a los seis cinco, por qué, porque ustedes lo pueden preguntar a sus actuarios o alguno lo debe saber, una buena regla numérica es que cada año que anticipa aumenta los costos alrededor de un 7%, entonces una mujer que en vez de pensionarse a los seis cinco se pensiona a los sesenta, su costo para el fondo aumenta aproximadamente un 35, 40% y sin embargo, le damos la misma pensión, entonces cuando la Caja, en esa Junta, en la misma Junta que estuvo doña Marielos, la Junta pasada, toma la decisión de eliminar las pensiones anticipadas con penalización, siempre sentí que hubo una confusión, no, yo entiendo de dónde venía la confusión, pero las que se debieron haber eliminado eran las anticipadas sin penalización, o sea, se debió haber establecido la línea base de 65 años con equis monto de cuotas y usted se lleva tanto por ciento y todo lo que usted quiera anticipar se tiene que penalizar aproximadamente 7% por año, de hecho a mí me comentan los actuarios, que en realidad el costo final es aún mayor, porque hay un porcentaje muy alto de la población que esos últimos años no cotiza, entonces que cuando lo dejas irse se está salvando y está recibiendo una mejor pensión, bueno, pero digamos que esa parte del análisis lo complica un poquito, la cosa es que con asalariados, sí es bastante claro que permitir que la gente se vaya antes sin ninguna penalización de ningún tipo, y cuando digo penalización me refiero a algo muy simple, imaginen una mujer que se pensiona con 450 cuotas y un millón de pesos de salario promedio, esa persona, esa mujer a los 65 años se lleva más o menos entre seiscientos mil y seiscientos cincuenta mil colones, si se pensiona 5 años antes, con el mismo salario promedio de un millón y con 450 cuotas, también se lleva los mismos seiscientos mil, seiscientos cincuenta mil, entonces ahí es

donde está la trampa, esa mujer que se pensionó 5 años antes, a la Caja le va a costar novecientos, un millón de colones, porque de facto es como haberle dado casi un millón de colones si se fuera a los seis cinco, pero le estás dando seiscientos mil cinco años antes, esa penalización simplemente no existe, no es que está disminuida, es que no existe, no la tienen, la penalización es cero al anticiparse, entonces, con solo corregir esta falta de penalización, y no estoy diciendo que quiten las anticipadas, yo sí creo que en algún momento vamos a tener que revisar eso, a qué edad se puede ir tan temprano la gente, pero, digamos que no tomen esa decisión ahora, pero mínimo, mínimo, tomar la decisión de no permitir la anticipación sin penalización, ya generaría digamos un ahorro importante. Además, siento yo, da un cierto sentido de justicia y va a abriendo espacios para otro tipo de consideraciones, sobre todo es un tema de exactamente qué quieren ustedes con el IVM, bueno, eso es al final quizá el fondo del asunto, qué tanto el IVM tiene que reflejar los aportes, qué tanto el IVM tiene que tener consideraciones de solidaridad, qué tanto el IVM, en algún momento hay que irse como primero a principios y de ahí bajar, qué tan importante es para ustedes que sea sostenible, más rápido más despacio, o sea en algún momento hay que tener esa discusión, esa es una discusión para ustedes en Junta Directiva, es una discusión que necesita un reporte de alguna mesa técnica, pero, ojo una mesa técnica, no una mesa de diálogo, ya a partir de ahí esta es la verdadera mesa de diálogo, si ustedes quieren llaman a actores de todo el país, nacionales, lo que ustedes quieran, pero finalmente y en eso tiene toda la razón doña Marielos, la decisión está aquí.

El doctor Macaya Hayes le da la palabra al Dr. Devandas.

Director Devandas Brenes:

Apasionantes los tres temas, yo empezaría del último, me parece que lo de SICERE, instruir yo creo al señor Gerente General, para que de la manera más inmediata se produzcan las reuniones y se analicen las decisiones si es que se tienen que traer a Junta, decisiones en relación con SICERE, porque la queja del superintendente es que en términos populares que “no le da pelota el director del SICERE” al superintendente de pensiones, me parece que esa es una decisión inmediata, propongo formalmente eso. La segunda lo del FRE, me parece que es urgente que le pidamos al Gerente Financiero y a la Dirección Actuarial que nos presenten en el menor plazo posible el análisis del FRE, para ver cuáles son las decisiones y las recomendaciones que hay que tomar ahí, porque son observaciones de muy grueso calado las que está haciendo el superintendente en ese campo. Ahora, en el campo de, lo dice usted ahora como un muchacho moderno, IVM, los viejos seguimos diciendo IVM, porque en la escuela nos enseñaron la b) pequeña, no la ve, en general esto es una reflexión de carácter general, los economistas y los técnicos tendemos, ahí me puedo incluir, a convertir los números en dictadores, esa es la posición mía en la regla fiscal, convertir el indicador del PIB en un dictador, para mí es una aberración desde el punto de vista de la conducción de la política económica de un país, por qué yo convertir el PIB en el que decide en cuánto crece el gasto en el país ya no es una discusión democrática nacional, sino que es un indicador y todos sabemos las falencias que tienen los cálculos de los indicadores, son indicadores, por eso se llaman indicadores, entonces ahí empieza una discusión entre el apoyo técnico a las decisiones políticas y hoy venimos de una práctica nosotros, doña Maritza venía asombrada de lo que vio en la Asamblea Legislativa, los que ya hemos pasado por esos aros sabemos que precisamente ese es, digamos los riesgos y las ventajas de un juego democrático, hay tiras y encojes y al final uno termina tratando de negociar lo menos malo o lo posible, porque el fondo no está hecho solo de lo mejor sino que, y para los técnicos esto es

difícil entenderlo, porque ese juego tiene otras reglas distintas, obviamente el juego político tiene que sustentarse en decisiones técnicas, pero no siempre es exactamente así porque la vida es más compleja de lo que uno se imagina. En el caso IVM, yo lo digo con b), hay que tomar en cuenta otro aspecto, Costa Rica hizo una reforma al artículo 9° de la Constitución Política, del 2013 y en esa reforma dice que el Gobierno de la República, antes decía el gobierno de la República es representativo, lo ejercen tres poderes, ahora dice el gobierno de la República es participativo, representativo y lo ejercen el pueblo y tres poderes. Yo he discutido que ese tema del impulsar la participación es una responsabilidad de todos quienes estamos ejerciendo la función pública, porque algunos piensan que no, que eso es allá que le toca solo al Poder Ejecutivo, incluso aquí ustedes me han oído, los compañeros, discutiendo la necesidad de impulsar transparencia, publicidad, en las decisiones que toma esta Junta Directiva que son en muchos casos más importantes que las que toma la Asamblea Legislativa, aquí tomamos una decisión ya que afecta a toda la población y, lo he dicho y lo vuelvo a decir, los principios de la publicidad que tiene el trámite de las leyes, nosotros no los cumplimos aquí a la hora de tomar acuerdo de grandes dimensiones y a mí eso me preocupa, incluso lo he dicho también, tuve una reunión con representantes de Colegio de Abogados y esa fue una de sus primeras quejas, el principio de publicidad en la toma de decisiones al interior de la Junta Directiva de la Caja, entonces ahí nos enfrentamos a ese dilema entre el respaldo estrictamente técnico y la decisión política, y ahí la habilidad consiste en conseguir lo mejor de los dos mundos, pero al final es una decisión política, no puede ser una decisión estrictamente técnica, porque no funcionan así las cosas, por eso yo sí apoyé con mucho entusiasmo la mesa de diálogo y estoy proponiendo de necio, que ojalá creemos un diálogo nacional para discutir el problema de la Seguridad Social del país, porque los problemas de la Caja, no son solo de la Caja, nosotros no podemos resolver problemas que están en otros niveles y que afectan la Seguridad Social, y que hay que impulsar ese diálogo para encontrar soluciones y ver si podemos equilibrar fuerzas políticas de diversos sentidos, para avanzar en la sostenibilidad de la Seguridad Social, dentro de lo cual está desde luego, el régimen de pensiones, pero señor superintendente, las visitas y compañeros, en régimen de salud tenemos un tema muy similar, la sostenibilidad, porque el problema del cambio demográfico que afecta a pensiones, nos golpea en salud todavía de una mayor manera, agregados los cambios tecnológicos que afectan la prestación directa del servicio, pero también el nivel de empleo, y la estructura del empleo, entonces estamos en una situación compleja que requiere que las fuerzas nacionales sean llamadas también a un acto de responsabilidad compartida, venga, vamos a discutir y conversar y a buscar las fórmulas de resolver esto. Eso en términos generales es mi posición sobre esto, no para eludir responsabilidades personales, no, yo creo que la responsabilidad personal es llamar a los sectores, en este caso en la mesa de diálogo tuvo representante UCCAEP, sectores sociales de diversos, del gobierno, del Estado y nosotros hicimos como Junta Directiva todo el esfuerzo para darles el apoyo técnico que requerían, incluyendo la participación de SUPEN, la participación de los técnicos de la Gerencia de Pensiones, para que el diálogo fuera lo más fructífero posible, porque, y en eso también hablábamos en relación con las Juntas de Salud, la necesidad de elevar el nivel de información y de formación de esas personas, para que su participación sea más eficaz, porque si no queda a un nivel muy bajo y es poco, eso digamos como una reflexión de carácter general, yo sí creo que debemos, ojalá se haga un seminario, porque le voy a ser sincero, a pesar de mi formación y tal vez por mi propia formación, me quedo, cuando lo oigo a usted hablando, con toda esta cuestión de los números, no crea que yo como que los capté todos y que ya le digo sí ya lo entendí completamente el problema, yo creo que sí tenemos que hacer algunas sesiones de estudio, de análisis, detenidamente para comprender esto, esa es una inquietud. Para terminar, una pregunta,

y es, la ley de finanzas públicas, de fortalecimiento de las finanzas, nos va a afectar a la Caja en dos sentidos, en un caso nos puede reducir costos, en la medida que tenga impacto sobre el nivel del salarial interno, pero también nos va a reducir ingresos, porque si no me falla la memoria, creo que el 21% de los ingresos de la institución provienen de los salarios del sector público, por ahí andan, entonces una reducción de los salarios del sector público, que yo no sé si ya ustedes lo metieron en sus análisis, porque además del problema estructural de empleo y del desempleo y vamos a tener, si tenemos una tendencia de los salarios del sector público a la baja, pues vamos a tener también un impacto en el nivel de las contribuciones de pensiones, yo no sé si ustedes eso, si lo han metido ya en el análisis, si han hecho una proyección sobre esto, esas son mis inquietudes.

Dr. Ramos Chaves:

Muchísimas gracias don Mario, de hecho es interesante que toque el tema de los cambios en el tema de empleo público, yo no he estado tan preocupado por esas restricciones, porque si bien es cierto reducen un poco el crecimiento de la masa salarial de empleo público, es más un crecimiento más lento, que una reducción, en oportunidades anteriores, sobre todo para los que no me han oído antes aquí. Yo la verdad la preocupación que tengo es lo que nos va a golpear la automatización en los próximos 15-20 años, principalmente en el sector privado, por ejemplo algo tan evidente como los nuevos carros autónomos, que digamos si leen a un Elon Musk, el dueño del Tesla, él dice que en dos años ya va a tener listos los carros autónomos, pareciera bastante razonable suponer que una parte importante de la flota vehicular va a ser autónoma de aquí a 10-15 años, entonces, qué van a hacer todos que hoy son taxistas, choferes de buses, choferes de camiones, porque en este momento, no sé qué tanto saben ustedes, la tasa de accidentes por kilómetro recorrido ya es 10 veces menos en un carro autónomo que en una persona que conduce, es solo cuestión de tiempo antes de que sea no sé, cien veces menos. Entonces aquí los que tienen hijos, por ejemplo yo a mi hija preferiría mandarla en un taxi autónomo, que yo sé que tiene una tasa de accidentes cien veces menor, que mandarla con un taxista, entonces ya hay un tema aquí de que el cambio del negocio va a ser muy difícil de evitar, y yo por lo menos desde que entré he sostenido que en algún momento la Caja se tiene que plantear incluso un cambio de su base imponible, en este momento la base imponible de ustedes es la masa salarial, yo creo que la Caja tiene que emigrar mucho más fuertemente a un esquema de renta global, en un mundo ideal el esquema de renta global se logra indirectamente con los cobros al Estado, porque en teoría el Estado, entiéndase Hacienda, debería estar cobrando una renta global, entonces vía lo que se cobra al Estado, captar renta global, pero si el Estado no ha logrado tomar esa decisión, entiéndase la Asamblea Legislativa o lo que sea, posiblemente ustedes deberían contemplar la posibilidad de hacerlo ustedes por su propia cuenta, precisamente en esa línea, en que si va a haber una reducción sector público, que yo creo que está muy ligada a la reducción prevista a la masa salarial del sector privado y la cada vez mayor preponderancia de la renta del capital, aquí en Costa Rica y a nivel global. Tal vez para los que no están tan empapados de esto, durante muchos años en el mundo industrializado se consideraba prácticamente una regla de oro que aproximadamente 70% de la renta iba a los salarios y 30% iba al capital, digamos cuando ustedes tomaban el PIB, en años recientes se ha visto con bastante alarma que este porcentaje está descendiendo, pasó de 70% a 69%, 68, ahora creo que va como por 65%, 64%, entonces, claro vas viendo el capital crecer como captador de renta y los salarios descender como captador de renta. Esto para una estructura de ingresos como la que tiene la Caja, que básicamente es sostenida en salarios es gravísimo, por eso habría que ir pensando qué

mecanismo de ingresos alternos van a tener, porque efectivamente estar pensando primariamente, nos preocupan los salarios públicos, yo estaría preocupado por todos los salarios, si van a tener que requerir ingresos, por eso era que yo no veía con malos ojos, por ejemplo que se vaya incrementando la parte que el Estado tiene que aportar, yo sí veo con malos ojos, pero eso ya no es una opinión personal, me quito un poco el sombrero de superintendente, me pongo uno más académico conceptual, yo sí siento que los ingresos del Estado, los ingresos que recibe la Caja por parte del Estado deberían estar conectados al gasto, no a la masa salarial, porque al estar conectados a la masa salarial generan un problema de prociclicidad del gasto, o sea cuando hay un bum económico y los salarios se expanden, el gasto gubernamental se expande, cuando hay una recesión y el gasto salarial se contrae, la contribución estatal se contrae, entonces exactamente al revés lo que dice introducción a la economía, entonces es una inquietud que yo he tenido desde hace mucho tiempo, el vínculo tan fuerte que hay entre el aporte estatal a la Caja y la masa salarial, digamos que está conectada al ciclo económico, entonces por ahí vamos, eso son otro tipo de consideraciones. Tal vez, había un punto que había dicho doña Marielos que no se lo atendí, pero se me fue, ¿Cuál era? Hubo un punto que usted dijo, usted también como que lo preguntó y no se lo atendí, se me fue, bueno, si me acuerdo lo vuelvo a tocar.

Director Steinvorth Steffen:

Es muy importante lo que usted dijo con relación a que tenemos que cuestionarnos qué es lo que queremos con el IVM, entonces usted decía, bueno, los retiros anticipados sin penalización, eso me quedó claro, usted hablaba de solidaridad, cuestionarse la solidaridad, eso lo menciona usted con relación a tener cuentas individuales en vez, por persona o cómo.

Dr. Ramos Chaves:

Efectivamente, digamos, el sistema actual de la Caja es solidario y eso yo siempre lo he visto con mucho beneplácito, por ejemplo, aunque el estudio de la UCR me parece magnífico, un gran defecto en el son las propuestas, siempre me pareció que era que unificaban el porcentaje de devolución a la gente. Entonces, hoy ustedes tienen esta tabla que va a las 240 cuotas de 43% y 52.5%, según cuántos salarios tenga, no sé si está tabla es idónea o no, pero por lo menos le mete una progresividad más allá del tope. La propuesta de la UCR unificaba a todo el mundo a un 40%, entonces, eso a mí me incomodó mucho porque significaba que la gente con más recursos bajaba de facto, de 48% a 40%, mientras que la gente con menos recursos bajaba de 57.5% a 40%, entonces, parecía extremadamente pesado, eliminaba progresividad, etc. etc. Yo me imagino que lo hicieron como una manera de hacer los cálculos actuariales más rápido, pero desde el punto de vista de política pública, me parecía una tragedia porque eliminaba la progresividad del sistema fuera del tope y del mínimo. Entonces básicamente mi sugerencia es, la sostenibilidad del sistema no debería ser al costo de la progresividad, creo que se puede mantener la progresividad del régimen, tal vez no tan generosa como hoy, pero que se puede mantener, pero hay que hacerlo de manera más inteligente, en algún momento en esta misma mesa externé que mi visión de largo plazo, si la quieren conocer, pero obviamente de nuevo me quito el sombrero de superintendente técnico, me pongo más el de soñador, mi visión de largo plazo, número uno que deberíamos tener una pensión universal, y en particular es fácil llegar a esa pensión universal, entre comillas, porque ya tenemos la no contributiva, que son setenta y ocho mil colones, nosotros cuando hemos hecho algunos números actuariales un poco rápidos, la pensión mínima de la Caja, que es ciento treinta mil colones, cuando usted le calcula a una

persona la contribución mínima y busca su pensión, por así decirlo latente, es inferior a cuarenta mil colones. En otras palabras hay un subsidio implícito de casi noventa mil colones o más por parte de la Caja en la pensión mínima a una persona que haya aportado solo el mínimo. Entonces, si ustedes se ponen a ver el rango de solidaridad, estamos hablando que esencialmente a muchas personas que reciben la pensión mínima, las estamos subsidiando con noventa mil colones, a todas las personas que no contribuyen en nada, las estamos subsidiando con ochenta mil colones. Entonces voy a estar viendo que hay una base casi que universal de entre ochenta y noventa mil colones, que se podría interpretar como una especie de pensión universal, solo faltaría llenar el hueco entre las personas que no reciben una no contributiva y las que tampoco reciben una mínima de la Caja y ya con eso completaría la visión de una pensión universal, entonces, ahora sí una vez que tenés una pensión universal que te da un grado de solidaridad importante, a partir de ahí es relativamente fácil construir por ejemplo, un sistema de cuentas nocionales. Yo el problema que he tenido con las cuentas nocionales puras, es que funcionan bien en una sociedad como la sueca, porque Suecia ya es un país muy igualitario per se, entonces, las pensiones salen relativamente igualitarias. En Costa Rica donde tenemos una estructura salarial mucho más desigual, un régimen de cuentas nocionales puras siempre te llevaría a pensiones muy desiguales, pero, yo eso, y en algún momento lo comenté aquí, creo que se podría solucionar sin mucha dificultad con lo que yo llamo los multiplicadores nocionales, usted trabaja la cuenta nocional con normalidad hasta que llega al momento de pensionarse, y en el momento de pensionarse, yo tomo el saldo y le aplico algún tipo de multiplicador nocional, entonces digo bueno, usted tiene un saldo que le quedó muy chiquitito y le da una pensión muy chiquitita, le meto un multiplicador para que quede más grande, usted tiene un saldo que le quedó muy grande, entonces te meto un multiplicador para que quede más pequeño, la ventaja de una estructura de multiplicadores nocionales es que te suaviza mucho los brincos que hay hoy. O sea, mal que bien en este momento por la forma en que está tan escalonado el otorgamiento de beneficios, la gente tiene brincos un poquito fuertes, y además hay toda una serie de incentivos y desincentivos que están mal calibrados, archivos de posponer, anticipar, etc., etc. El caso extremo es esto de anticipar sin ninguna penalización, pues también posponer parece estar menos premiado de lo que debería, las cuentas nocionales te resuelven esto de manera significativa, ese es mi sueño, me quito el sombrero de soñador, me pongo el de superintendente y digo pucha está lindo ese cuento que les acabo de contar, cómo llegar ahí no sé, pero por lo menos sí les sirve en una eventual decisión, en dos tres cinco años, para de alguna manera moverse lateralmente de seguir en este pleito de cuántas cuotas, qué edad, qué esto, qué lo otro, las cuentas nocionales y una pensión universal te sacan un poco de ese mundo, porque como que de alguna manera las reglas son las diferentes que la comparación no es tan clara, otra razón por la que hay que tener multiplicador nocional es por las transferencias intergeneracional, como en este momento la transferencia intergeneracional si me acuerdo bien, es aproximadamente 70% en promedio, uno tendría que pensar en una suavización de la transferencia intergeneracional en otras palabras, que hoy una persona que recibe, que debió haber recibido quinientos mil colones está recibiendo ochocientos mil, digamos más o menos ese es el premio de transferencia intergeneracional que está recibiendo, bajar eso de golpe al verdadero valor de los aportes, sería extremadamente violento, entonces también el mecanismo de cuentas nocionales con multiplicador nocional, esto podría ser una función suave que te vaya gradualmente bajando muy despacio el multiplicador, lo puedes hacer a lo largo de 50 años no importa, lo importante es que al final converja en el verdadero aporte y que ya no haya más transferencia intergeneracional si no transferencia intra-generacional de los ricos de una generación a los pobres de esa misma generación, y eso te evita de nuevo esas gradas tan fuertes que siempre se proponen, por ejemplo el estudio de la Universidad de Costa

Rica, replicando la mesa del 2005, tenía una grada muy larga y muy violenta, a mí siempre me incomoda mucho eso, yo tiendo a pensar mejor en funciones suavizadas, supongo que don Ronald también se siente más cómodo con eso, en vez de estar haciendo gradas, siento que las propuestas de grada siempre se hacen, porque se ve complejo estar moviendo las cuotas cada mes, y los beneficios cada mes y todo eso, pero cuando vos tenés una estructura completamente novedosa de cuentas nocionales y multiplicadores nocionales, el concepto de las nociones trabaja mucho mejor, bueno, eso es básicamente como el corazón de lo que siento a lo que uno podría ir manteniendo una solidaridad intra-generacional, sin causar tantísimas distorsiones de golpe, la distorsión grande es cómo explicar esto, cuesta bastante, va a ser muy difícil de explicar y sobre todo, una de las razones por las que no lo empujo tanto como lo podría empujar, esta idea de las cuentas nocionales, es que las cuentas nocionales en Suecia funcionan porque reciben al menos 16% de aporte, dado que en Costa Rica hasta el 2029 estarán recibiendo 12% y nadie sabe cuánto van a recibir después de eso. A mí lo que me da miedo es movernos a cuentas nocionales con solo 12% de aporte y ahí sí los resultados van a ser raquíticos, que es una versión de lo que le pasó a Chile, que a los chilenos les dijeron que el mercado era mágico y los pusieron a aportar solo 10% y la gente terminó con pensiones de 30% y la gente furiosa con la privatización del sistema, no, el problema no fue la privatización, si existiera una Caja chilena del sistema de Seguro Social, estarían exactamente en el mismo problema, están recibiendo solo 10 y entregando no sé, 60, hubieran terminado entregando 30 si se supone que estuvieran calibrados, que es exactamente el problema de Costa Rica. Hasta el año 2009 esta Institución para las pensiones solo recibía 7.5%, eso da para otorgar pensiones de 25%, y la pensión promedio aquí era 55 o más por ciento, así no hay sistema que dé. Entonces bueno eso, cuando hablo de solidaridad me refiero a cuánto quieren mantener todas estas solidaridades.

El doctor Macaya Hayes le da la palabra a la directora Fabiola Abarca.

Directora Abarca Jiménez:

Bueno, primero agradecerle la visita don Álvaro. Soy fiel creyente de la implementación de sanas prácticas en instituciones que administran recursos de terceros, la regulación es necesaria para tener un sistema sano, entonces, veo con buenos ojos que nos venga a visitar, y por eso quería agradecerle la visita, yo soy de las nuevas, de los miembros nuevos en Junta Directiva y he venido conociendo poco a poco la problemática del IVM, pero cuando y creo que tenemos que trabajar aquí desde esta Junta Directiva fuertemente en ver, darle un poco de sostenibilidad más al sistema dentro de lo que nosotros podemos hacer, ya usted mencionaba de revisar beneficios, eso hay que hacerlo, pero cuando uno ve las cifras aquí de que antes eran 32 trabajadores que mantenían la pensión de una persona y que en el 2050 se podría llegar a 1.5 personas para mantener una. Ahí, o sea, eso ya escapa de las decisiones que nosotros podemos tomar, podemos alargar esos puntos críticos pero cuando se dé, yo creo que esto sí es un tema país, porque cuando uno ve otros sistemas en donde existe un Estado que aporta como patrono un 15% y en este sistema, llámese IVM, se aporta un 5% como patrono, como Estado 1% y pico, y además este es solidario, los otros no. Entonces, ahí se está viendo como una transferencia de impuestos que todos pagamos hacia sistemas únicos, que no son solidarios, pero este sí es solidario y que es mantenido principalmente por patronos y trabajadores. Entonces, creo que sí es un tema país ya para ver el sistema global de pensiones, tenemos que trabajar aquí, eso sí definitivamente para darle más sostenibilidad a este sistema, pero sin dejar de lado que hay un trabajo que hay que hacer como país, y no sé, yo veo en otros países que existen otras soluciones para darle una mejor

calidad de vida a los pensionados, como las hipotecas revertidas, que yo no sé en donde calzarían aquí en el sistema, pero que son interesantes para darle una pensión digna a una clase media, porque la clase media es la que está aportando aquí, en gran parte, de una manera solidaria, entonces eso, esa idea de las hipotecas revertidas me parece interesantísimo, me gustaría, no sé si hay alguien ya en Costa Rica que lo está abordando, porque me parece que vendría a solventar una parte y quitarle un peso a este, por lo menos a este sistema, le quita parte de la carga. Usted mencionó con respecto al FRE, me da mucho gusto oír que ya ha habido un acercamiento con don Carlos Alfaro, que está más abierto y creo que ahí tenemos que trabajar también. Con respecto al SICERE hay un tema que a mí me preocupa que es el tema de la educación financiera, yo formo parte de otra oficina de defensa de los derechos de los consumidores financieros y uno de los puntos que nos hemos dado cuenta es la poca educación financiera que existe en este país, que ha traído grandes repercusiones, y en este momento está apretando muy fuerte el zapato en el nivel de endeudamiento, hay trabajadores a los que les llegan diez mil o no les llega a veces nada de salario y en parte es porque, por un lado hay mucha presión de instituciones financieras promoviendo el crédito, y por otro lado, la tentación de tomar ese crédito para gastarlo y, con poca educación financiera por parte de los consumidores. Cuando usted menciona aquí que en una Ley de protección al trabajador se previó que el trabajador pudiera escoger la operadora que más le sirve, me parece buenísimo, pero en la práctica lo que sucede es que la gente no sabe y entonces se terminan yendo, cuando están empezando a trabajar, o para el Banco Popular en el ROP y en la operadora de pensiones de la Caja para el FCL, porque no conocen y no escogen, entonces, posteriormente quedan a merced, yo trabajé en una institución financiera que tienen grandes necesidades de colocación de productos, por los presupuestos que manejan, quedan a merced de todos esos promotores de productos financieros, veamos el ejemplo que está pasando con el problema de endeudamiento, y los llevan a moverse de operadora, que la gente no sabe a veces ni qué es, la rentabilidad de su fondo, y los llevan a tomar decisiones que no necesariamente son las mejores para el afiliado, entonces me preocupa ese tema a la hora de que puedan tramitar la libre transferencia en la operadora de destino, porque no necesariamente están transmitiendo toda la información, que deberían tener para tomar una mejor decisión para el afiliado.

Director Devandas Brenes:

También hay otro tema, que los bancos que manejan operadoras le ponen ciertos requisitos a la hora de concederle préstamos u otras facilidades bancarias, usted le dice bueno, mire para que usted tenga acceso a ese préstamo necesitamos que se afilie a nuestra operadora y eso yo creo que también es competencia desleal, ya ahí hay una presión, extra presión que puede estar afectando, perdón que metí la cuchara.

Dr. Ramos Chaves:

Efectivamente todo eso ocurre y es una inquietud que tenemos, incluso esos antecedentes a mi tiempo, pero la explicación que me han dado los funcionarios internos de la SUPEN, es que justamente incluso hubo prácticas que eran de trasladar contra la voluntad de la gente a las personas, usando documentos falsificados, etc., etc., y yo les digo, entiendo perfectamente el problema, pero eso es un tema de supervisión es un tema de la Dirección Nacional de Notariado, no puedo yo ser el que viole la ley impidiendo que la gente se traslade solo porque el otro, mi supervisado están incurriendo en malas prácticas. Eso es que como SUGEF dijera, mire están

prestando de manera ilegal, entonces no voy a permitir que nadie preste, aunque la ley lo permite, hay un problema de lo que dice la ley, qué no dice, en algún momento hubiera sido interesante que la ley fuera más clara en cuáles son las causales o tener algún mecanismo para que las personas indiquen porqué se están pasando, alguna cosa, pero a mí siempre me ha preocupado que si pedimos eso también volvamos a rozar la ley, yo en algún momento dije, por qué no ponemos en el formulario de traslado, que la persona explique por qué se está pasando, o para evitar que se pasen de manera no pensada, pero entonces volvemos a caer en estar limitando la libre transferencia. En el tema de educación financiera yo sí tomé una medida, antes del nuevo reglamento de gestión de activos que se aprobó en octubre, que lamentablemente a nivel de medios de comunicación lo único que le interesó a la gente fue lo del límite del gobierno, pero que en realidad es una transformación integral del reglamento, hay un artículo, siempre se me olvida si es el 73 o el 75, es el título 6, 75 75, es el título 6, ese artículo crea la figura del folleto informativo del afiliado, usted afiliado a la operadora al día, lo único que recibe son los rendimientos históricos y cuánto es su saldo, históricos entiéndase un año o tres años, cinco años, históricos, a futuro, particularmente a partir de mayo se supone, si todo sale bien, se supone que usted va a recibir un folleto informativo que le va a decir todos los elementos prospectivos de las inversiones que usted tiene en su fondo de pensiones, entonces ya no es solo mirar para atrás, es mirar para adelante, no solo cuánto recibiste en el pasado, sino cuál es la estrategia que va a tener la operadora para darte un buen rendimiento a futuro, mucha gente me dice “pero la mayoría de la gente no va a entender esto”, bueno, yo ya no puedo resolver eso, pero puedo dar la información, y yo sí esperarí que si tengo cientos de miles de personas recibiendo un documento que básicamente es un prospecto de inversión, haya un interés en decir me llevo esta cosa quiero entenderla, ahí sí podemos entrar nosotros con campañas y todo eso, para facilitar la comprensión de esos documentos, pero desde el punto de vista de los traslados yo sí esperarí que este folleto informativo enriquezca mucho las decisiones de traslado. Otra de las decisiones que quiero hacer, pero, es un poquito más complicado, es cambiar y creo que la ley me da el espacio, pero no estoy seguro, todavía estamos en ese análisis legal, cambiar la naturaleza del promotor de pensiones, actualmente esencialmente se entiende como un vendedor de la operadora, pero en muchos otros países lo que se ha dicho es que un promotor de pensiones o un corredor de seguros, no tiene un deber fiduciario hacia su operadora o su aseguradora, tiene un deber fiduciario hacia el afiliado, está obligado a informarle correctamente al afiliado, entonces cuando cambiar la responsabilidad, ya no sos el vendedor de la operadora, vos sos alguien que asesora al afiliado, las reglas del juego empiezan a cambiar mucho porque no puedes vender un mal producto a sabiendas.

Directora Abarca Jiménez:

¿Pero trabajando para las operadoras siempre?

Dr. Ramos Chaves:

De hecho ese es otro tema simpático, en ningún lado de la ley dice que tiene que trabajar para la operadora, hay una parte, a mí me parece raro porque exigimos que tengan una formación técnica pero, a la vez solo pueden aplicarla trabajando para una operadora, eso a mí no me ha quedado muy claro, es como que los médicos solo pudieran trabajar para la Caja, y no pudieran ejercer en lo privado, a mí no me ha quedado claro ese mecanismo en la ley, mi interpretación, pero una interpretación más mía, que creo que tiene algún respaldo es que el promotor en teoría podría trabajar solo, ahí lo que es difícil es que hay otra parte de la ley que dice que los productos que

venta un promotor, generan responsabilidad solidaria con la operadora, entonces esa es la parte que tengo que clarificar, cómo funcionaría en caso de que el promotor no trabaje para ninguna operadora, pero en última instancia el corazón sería lo del deber fiduciario, lo que no sé es si lo podemos hacer a nivel de reglamento o si va a haber que pedir que cambiemos la ley también, pero por lo menos eso me daría a mí mucha más tranquilidad que la persona que haga el cambio, que autorice el cambio, tenga una responsabilidad fiduciaria de haber asesorado bien al consumidor financiero, eso es un poco para aclarar su inquietud. Y ya me acordé que era lo que tenía pendiente de doña Marielos, doña Marielos hace el comentario de ver todo como un sistema, y entonces de hecho una de las preocupaciones que tengo con el IVM es si ustedes no hacen nada, si se dejaran los beneficios tal cual están, alguien como yo algún día recibirá, qué sé yo, sesenta y tanto por ciento por el IVM, más otro 20% por la pensión complementaria, entonces yo feliz de llevarme ochenta y tanto por ciento de pensión, pero obviamente la Caja nunca me va a poder pagar sesenta y resto, ciertamente no con lo que yo estoy contribuyendo en este momento, entonces una de las preocupaciones que tengo es que entiendo que en algún momento de la discusión de ustedes se planteó que el ajuste de IVM sea prospectivo en relación con las complementarias, pero el problema es que por ejemplo, alguien como yo, que curiosamente empecé a aportar un año después de la LPT, de que empezó la LPT, yo llegaría al final de mi vida laboral con qué sé yo, 20% de cómo se llama, de mi eventual salario, del salario promedio, pero una persona que se está yendo hoy, se está llevando más o menos entre 5% y 6%, si el ajuste que ustedes hacen al IVM es de aquí en adelante, entonces, de facto, de lo que se previó en la LPT que era que este 5%, también, se iba a usar para ajustar el IVM, se descartaría y solo se haría el ajuste de aquí en adelante. Entonces, yo no sé si así quedó la disposición del análisis pero, o sea, que seamos realistas que las personas hoy se están llevando más beneficios que hace 15 años, por qué, porque los beneficios casi no han bajado y están recibiendo ese 5% adicional de la pensión complementaria, como no ha habido ajuste del IVM para abajo, el ajuste que se había hecho en el 2005 fue el del salario de referencia y este tipo de ajuste, pero no ha habido un ajuste para abajo en el porcentaje, entonces, hay que ver esa parte. Tal vez, un comentario final, me pareció simpático lo que decía de la solidaridad de la clase media, en realidad no, si usted hace los números en este momento el IVM tiene cero solidaridad de parte de la clase media, toda la solidaridad virtualmente toda es intergeneracional, o sea, si usted calcula el aporte de cualquier persona de la clase media, clase alta, prácticamente ninguno está siendo solidario con nosotros, la solidaridad intrageneracional es casi cero, y creo que un día hicimos los números. Tal vez don Ronald los puede revisar, me parece que para ser solidario en este momento tenés que tener un salario promedio de los últimos veinte años superior a como tres millones, o tres millones y medio de colones, si usted tiene menos que eso, su solidaridad es cero o poco positiva, digamos te están dando a vos, por qué, porque toda la solidaridad es intergeneracional, entonces, la clase media entendida entre gente ganando entre quinientos mil y un millón, todos ellos están siendo subsidiados por la gente futura, no hay solidaridad en esta.

Doctor Macaya Hayes:

Bueno, yo quiero agradecerle a don Álvaro Ramos por acompañarnos hoy, quise darle todo el tiempo que ocupara, porque creo que esto es una decisión de esas de las más estratégicas, o sea, esta conversación que no se termina aquí, don Álvaro viene con una postura muy abierta, muy colaborativa. Creo que debemos responderle en la misma línea, me parece que sería bueno en el corto plazo realizar una sesión extraordinaria y que veamos solo los temas actuariales, ver proyecciones a largo plazo, diferentes escenarios, entender a profundidad los números, los

supuestos, todo eso, porque eso es como lo que nos da una base sólida de donde estamos hoy, antes de que empecemos a entrar en discusiones sobre cómo darle más sostenibilidad y tal vez, en eso podemos invitar a que nos acompañen en esa conversación, las personas de la SUPEN que don Álvaro considere que deben estar en esas conversaciones, en una muestra de total transparencia y apertura a buscar la verdad, porque eso es lo que buscamos en esto, la mejor verdad, el futuro es muy difícil de modelar, pero si somos lo más objetivos posibles, pues podemos escuchar diferentes perspectivas y tratar de modelar ese futuro. Así que don Álvaro yo creo que todos estamos muy agradecidos por esta rica conversación que hemos tenido hoy, que realmente nos plantea el tamaño del reto que tenemos, así que muchas gracias por la visita.

Directora Alfaro Murillo:

Aprovechar que está don Álvaro aquí para hacerle una incitativa a don Jaime y a don Ronald, don Álvaro perdón, también implica a otras instancias de la Caja, seguimos sin resolver el tema de las personas que se pensionan en un régimen y aportaron a otro, aportaron a dos regímenes y se pensionan con nosotros, o se pensionan con otros y la plata que aportaron al otro régimen se queda colgando. Yo, compañeros de Junta lo considero inaceptable, a mí que me digan que los regímenes no se ponen de acuerdo es una barbaridad y vuelvo al ejemplo que da don Álvaro, si fuera gente de cierto nivel de ingreso, pero estamos hablando de guardas, que trabajaron un tiempo con el MEP, entonces, tienen un aporte a la Junta de Pensiones del Magisterio Nacional (JUPEMA), pero que se pensionaron con nosotros, otros múltiples, pero son gente de ese nivel, no estamos hablando de grandes sumas, pero es gente para la cual un aporte adicional es importante. Esa gente va a las diferentes instituciones y pregunta y salen totalmente desanimados, porque nadie los orienta adecuadamente, ni el JUPEMA, ni aquí, eso es inaceptable, o sea, si nosotros decimos que para nosotros, que para esta Junta y para esta Institución, nuestros afiliados a los diferentes seguros son la prioridad y hablamos de atención al cliente, y hablamos de consideración al paciente y, demás, yo no entiendo como a hoy no tenemos una respuesta a eso. Ya con don Álvaro, pobrecito, ya lo he hablado varias veces y la SUPEN no tiene vela en el entierro, pero puede colaborar en la discusión, eso habíamos quedado, aquí lo planteamos y se lo pedimos a don Jaime, yo entiendo que no es solamente asunto de don Jaime, tiene que ver la otra institución, pero yo quisiera que nosotros tomáramos la decisión de tomar un protagonismo, de ser proactivos y poner una solución sobre la mesa, porque estamos hablando de personas que se pensionan, cotizaron a un régimen y en este momento, están en la mayor incertidumbre de si algún día van a recibir un cinco de eso, y a lo mejor saben qué, a lo mejor algunos se morirán y nosotros, la burocracia costarricense no habrá resuelto sobre qué hacer con su plata, porque fue plata que pusieron, pero claro como la discusión es, es que no es suya usted la puso en una olla, ¿cómo, no es mío el monto exacto?, sí, la puse en una olla, pero la puse, no me digan ahora que no saben cómo resolver, cómo retribuirme en el monto de la pensión esto. Entonces, yo quisiera que hiciéramos de verdad una excitativa, nuevamente a don Jaime, para que esto se resuelva y solicitarle a don Álvaro que nos ayude a que se resuelva, son personas, ya esto está inclusive en las instancias judiciales en algunos casos, eso para quien lo ha llevado a las instancias judiciales, pero los vigilantes, los conserjes, la gente sencilla, no pasa ese nivel, esa gente es la que se queda ahí en la casa sentada frente a la pared diciendo, Dios mío, quién podrá ayudarme, y definitivamente no hemos sido nosotros. Gracias, don Álvaro.

El doctor Macaya Hayes le da la palabra al Dr. Steinvorth.

Director Steinvorth Steffen:

Cómo nos puede apoyar la SUPEN en guiar la discusión hacia la solución, digamos, siento que es un tema que tenemos que solucionar a corto plazo y que tiene que ser algo periódico, de reuniones periódicas, discusiones periódicas y no sé si ahí la SUPEN nos puede apoyar.

Dr. Ramos Chaves:

De nuevo agradecer mucho la apertura que me ha mostrado la Junta Directiva hoy, vean, yo colaboro en lo que ustedes deseen, reuniones técnicas y a veces, se lo he manifestado a Jaime en esos términos, miren, todos los demás fondos son minucias a la par de IVM, si yo tengo que destinar todo mi personal al IVM lo haré, en esos términos para que quede como blanco y negro, porque al final todos los demás fondos son tal vez, cien mil afiliados, el IVM tiene veinticinco veces eso, entonces, para mí todos palidecen a la par de la importancia del IVM. Además, por el inmenso impacto social, solidario, etc. que tiene, sí le puedo comentar y es un poco en la línea de la discusión política versus técnica que decía don Mario, en la mesa de diálogo, por así decirlo, las estrellas técnicas todas se alinearon, la UCR, don Jaime y yo estábamos completamente de acuerdo en el aspecto técnico, prácticamente, no había divergencia, yo entiendo que la política es el arte de lo posible de tomar decisiones lastimando lo menos posible el entorno social, pero a mí sí me pareció un poco frustrante que teniendo a tres entes técnicos que todos estaban de acuerdo, lo que hizo la mesa fue ver quien estaba en desacuerdo, entonces buscaron a la OIT para que la OIT sacara, porque no hay otra palabra, “una chatarra de informe” y con eso deslegitimar todo el trabajo técnico que habían hecho en la SUPEN, la UCR y la Gerencia de Pensiones. Entonces, de nuevo, yo entiendo perfectamente que hay contextos políticos, decisiones políticas, pero sí quisiera comentar que cuentan con nosotros, yo siempre los voy a apoyar en lo que necesiten, siempre vendré acá, yo no creo en ir a los medios y empezar a cuestionar por todos lados, me parece que las cosas se manejan así como las estamos manejando ahora, constructivamente, con buena voluntad, pero entonces sí es importante que la misma Junta Directiva esté consciente de estos intentos, que no tengo otra manera de describirlo, de “sabotaje técnico”, para el futuro, y que se traten de evitar, porque a mí siempre me pareció que en eso “la mesa de diálogo actuó de mala fe”, por qué, porque todos los miembros de la mesa de diálogo aquí se juramentaron frente a la Junta Directiva y dijeron, vamos a hacer el análisis con base en el estudio de la Universidad de Costa Rica, y apenas estuvieron sentados en otro lado, se desligaron de eso, y eso a mí me parece que no fue correcto, al final acepté el resultado, porque hay que aceptar lo que hay, pero sí creo que viendo a futuro todas las reuniones que hagamos, vean, cuentan con nosotros, creo que es importante que la Junta Directiva sepa que esas cosas ocurren y que me imagino que podrían volver a ocurrir, pero cuenten con nosotros.

Doctor Macaya Hayes:

Bueno con eso, vamos a darle la palabra a Jaime por tres minutos y cerramos el tema.

Lic. Barrantes Espinoza:

(...) ha tenido la Junta Directiva en seguir analizando en este tema, así que estamos en la mejor disposición para colaborar, para hacer una agenda de trabajo, dadas las solicitudes de la Junta Directiva, en medio de un entorno tan cambiante y con elementos que hemos discutido de

cambios en el mercado laboral y necesidad de discusión, yo lo he sentido aquí cuando venimos, necesidad de discusión a nivel de IVM dentro del sistema nacional de pensiones, el tema de cómo aumentar la cobertura de los adultos mayores, que básicamente tendrá que ver con este tema de la pensión universal, cómo fortalecer el tema del IVM y cómo complementarlo con el segundo pilar, la Junta pues ya, y aprovechar este espacio que nos dieron las medidas de corto plazo, ya empezó el análisis de la pensión anticipada, se había eliminado una forma que había de anticipar que no estaba muy, para precisamente entrar a la discusión de cuál es la forma de anticipar de los 65 años, lastimosamente estuvimos ahí, la mesa no quiso entrar a ese análisis, pero yo creo que es una oportunidad que tenemos de retomar el tema, el tema del 1% de aumento de la cuota obrera, y el punto sesenta y seis, que con esto cierro, pues ya este año está en el presupuesto y ya se empezó a pagar, ya en enero y febrero el punto sesenta y seis y está ingresando, por lo menos lo correspondiente a este año que era el tema de la deuda, pero ya eso es un punto, entonces este año no se van a usar intereses de la reserva, si se mantiene el comportamiento, entonces creo que es un espacio ideal, que así lo había pensado la Junta, tomar estas medidas de corto plazo para tener el espacio suficiente para analizar a profundidad los cambios, y aquí la parte actuarial, que también lo hemos conversado mucho, en este sentido el fortalecimiento de la función actuarial en la Caja y en el sistema en este caso PRODEFI, que esperamos que tengamos en el menor plazo posible el nuevo sistema.

Doctor Macaya Hayes:

Bueno, muchas gracias don Jaime y de nuevo muchas gracias don Álvaro por la visita de hoy, vamos a tomar nota de todo lo que nos dijo y, también, abordar el tema del SICERE y de la evaluación del FRE. Muchas gracias.

Bueno, antes de continuar tal vez abordamos dos puntos que mencionó don Mario, a ver si tomamos un acuerdo, sobre realizar, o sea instruirle tal vez a nuestro Gerente General para que reúna a las partes relevantes respecto al SICERE, veamos cuál es el estado de esto, jurídico, técnico, etc. para avanzar en eso. Lo otro es el FRE, pedirle un informe al Gerente Financiero, que nos venga a dar ese informe aquí a la Junta Directiva.

Ahí es un informe de situación técnico-jurídica del SICERE, para la toma de decisiones por parte de la Junta Directiva o algo así. Sí terminamos con este primero, es que también me preocupa que la doctora Sánchez lleva más de una hora afuera esperando, pero sí hay que resolver algo ahí. Entonces, Dr. Cervantes tal vez, ese informe es instruimos a la Gerencia General más bien que coordine para la presentación de un informe de situación técnico-jurídica del SICERE. ¿Perdón?

Dr. Cervantes Barrantes:

¿Un informe en relación?

Doctor Macaya Hayes:

Un informe sí, pero es que hay una parte legal que mencionó mucho, sí está bien, está bien. (...) Superintendente de Pensiones, sobre el SICERE punto, ahí veremos si tomamos una decisión o no.

Y una extraordinaria para ver el tema actuarial, ¿Cuándo quieren hacerla?

Directora Abarca Jiménez:

¿Eso sería una sola Junta?

Doctor Macaya Hayes:

Sí, es una sesión, tema único. Tenemos una este lunes y es en Fórum.

Dr. Cervantes Barrantes:

Para terminar con lo anterior, ¿plazo?

Doctor Macaya Hayes:

No sé, dos semanas, tres semanas está bien. ¿Qué les parece el 8, lunes 8 de abril para la extraordinaria? Ver el tema actuarial, lunes 8 de abril. Sí. ¿Perdón?

Director Devandas Brenes:

Ser conscientes que los actuarios ocupan el tiempo para hacer el trabajo, porque hoy estamos.

Directora Abarca Jiménez:

Pero es que lo tienen que tener.

Directora Solís Umaña:

No, no, pero por qué si nosotros somos, ellos tienen que adaptarse a nosotros.

Director Devandas Brenes:

No, no, pero es que no crean (...).

Doctor Macaya Hayes:

Es que el siguiente lunes ya estamos en Semana Santa.

Directora Alfaro Murillo:

Y el jueves no hay porque es feriado, el jueves es 11 de abril.

Doctor Macaya Hayes:

El 8, queda el 8.

Directora Solís Umaña:

¿A qué hora?

Doctor Macaya Hayes:

A las 9, muy tecnológicamente avanzada.

Directora Abarca Jiménez:

¿Don Román, en Bougainvillea?

Doctor Macaya Hayes:

¿En Bougainvillea? Bueno, si quieren.

Directora Abarca Jiménez:

“Si se puede, más bonito”.

Presidente Ejecutivo:

Bueno está bien, en el Bougainvillea.

Directora Solís Umaña:

“Bueno, nos vino a asustar”.

Doctor Macaya Hayes:

Nos vino a asustar exactamente.

Subgerente Jurídico, Lic. Alfaro Morales:

Porque este señor por ejemplo, aquí utilizó expresiones como que se había hecho un “mamarracho” de informe, que la mesa es una mesa que no se entendía (...).

Doctor Macaya Hayes:

Votamos los acuerdos, son las cuatro y media de la tarde, vamos a hacer nuestro primer acuerdo del día, Maritza estamos votando el primer acuerdo del día, bueno a Marielos ahora le, ni siquiera la necesitamos para la firmeza en este momento, pero ella estaba de acuerdo. Es el tema del Sistema Centralizado de Recaudación (SICERE), una presentación en tres semanas. el tema del Fondo de Retiro de los Trabajadores (FRE), igual otra presentación y el 08 de abril en el Buganvilia una extraordinaria, para ver el tema de actuarial, todo el tema de sostenibilidad, o sea, es un tema único, “ok” en firme, firme Maritza, “ok”.

Director Devandas Brenes:

Presidente, y lo de la estructura que no tomamos ningún acuerdo.

Doctor Macaya Hayes.

Sí hay que.

Director Devandas Brenes:

Que nos hagan un informe la Gerencia Médica (...).

Doctora Solís Umaña:

El informe ya lo tenemos.

Director Devandas Brenes:

No, no un análisis de la estructura (...).

Yo diría más bien como una propuesta, o sea, que hay que hacer.

Dr. Cervantes Barrantes:

(...) es lo que estábamos hablando, es lo que nos conviene más y la Gerencia de Infraestructura y la Gerencia Logística con esos fondos, que compre la Gerencia Médica que es el otro modelo, o que compre esta unidad ejecutora, yo le decía a Maritza yo me propongo esta unidad ejecutora, es muy pequeña.

Doctora Solís Umaña:

¿A quién pertenece?

Dr. Cervantes Barrantes:

Pertenece a la Gerencia Médica, pero ellos no son una unidad.

Directora Solís Umaña:

Es una isla dentro de una isla.

Dr. Cervantes Barrantes:

A ver ellos compran para todo el país, cuál es la diferencia en la Gerencia Médica, la Gerencia Médica asigna los fondos al Hospital Cañas y le lo compra muy rápido verdad, hablemos de aquí eso es lo que hay que analizar, cuál de los tres escenarios (...).

Doctor Macaya Hayes:

Doña Fabiola.

Directora Abarca Jiménez:

Esto puede salir de la plata de esa, esto, esa y eso y nos olvidamos de esa unidad ejecutora y así evitamos que pasen cosas como las que nos pasó hoy con el diputado Loaiza, en donde salieron unas serie de montos al menudeo ahí de viáticos y de bolsas para la Feria del Agricultor, eso sucede porque hay una unidad ejecutora y ella tiene que, solo de ahí se fondea, verdad entonces, eso es lo que ustedes debería analizar, eso es lo que usted puede analizar.

Dr. Cervantes Barrantes:

Hay que analizarlo, un proyecto.

Dr. Cervantes Barrantes:

(...) la Dra. Sánchez.

Doctor Macaya Hayes:

La Dra. Sánchez, o sea, invertimos los temas, “ok” y propongo que si no hay nada urgente en la correspondencia que lo veamos el siguiente jueves.

Ing. Arguedas Vargas:

Si, en realidad lo que tenemos son los criterios jurídicos.

Subgerente Jurídico, Lic. Alfaro Morales:

“No son de vida o muerte digamos”.

Doctor Macaya Hayes:

Ah bueno, aprobación del acta de la sesión 9012, votamos, en firme. Bueno. Estamos, votamos todos, usted no estaba ah bueno, entonces, no hay firmeza. Tal vez ahora Maritza le da firmeza. Bueno.

El director Devandas Brenes, solicita una capacitación sobre estos temas actuariales para la Junta Directiva.

La directora Alfaro, propone excitativa para el Gerente de Pensiones y al Dr. Ronald Cartín, con el fin de que se analice los casos en los que las personas contribuyen en diversos regímenes y al formalizar la pensión con la CCSS, el dinero de otras operadoras se deja sin control / aprovechamiento

Y habiéndose hecho la presentación por parte del Superintendente de Pensiones, Dr. Álvaro Ramos Chaves y con base en lo deliberado, la Junta Directiva- en forma unánime- **ACUERDA:**

ACUERDO PRIMERO: instruir al Gerente Financiero y a la Dirección Actuarial para que presenten en la Junta Directiva en el plazo de 3 semanas un informe sobre la sostenibilidad del Fondo de Retiro de Empleados de la CCSS (FRE).

Ingresa al salón de sesiones el licenciado Ronald Cartín, asesor actuarial de la Presidencia Ejecutiva.

ACUERDO SEGUNDO: instruir a la Gerencia General para que coordine lo necesario y se realice una presentación a la Junta Directiva en el plazo de tres semanas, en relación con lo expuesto por el señor Superintendente de Pensiones, Dr. Álvaro Ramos Chaves, sobre el Sistema Centralizado de Recaudación (SICERE).

ACUERDO TERCERO: celebrar una sesión extraordinaria el próximo lunes 8 de abril de los corrientes, para revisar en profundidad el tema de la Sostenibilidad del Régimen de IVM, en el Hotel *Bouganvillea*.

Se retiran del salón de sesiones:

El señor Dr. Álvaro Ramos Chaves, Superintendente de Pensiones, quien lo acompaña, la licenciada Julia Romero Jiménez, Asesora del Superintendente de Pensiones.

El licenciado Jaime Barrantes Espinoza Gerente de Pensiones y el licenciado Fabio Alpízar Benavides, Coordinador Económico y Actuarial de la Gerencia de Pensiones, Actuario Ronald Cartín Asesor actuarial de la Presidencia Ejecutiva

ARTICULO 7º

Se presenta el oficio número GG-0167-2019, de fecha 7 de marzo del 2019, firmado por el señor Gerente General y que contiene el informe criterio técnico *Proyecto de Ley expediente No 20.923, Reforma al artículo 29 de la Ley N.º 9028, Ley General de Control del Tabaco y sus Efectos Nocivos en la Salud* que en adelante se transcribe en lo conducente:

1. “INFORME EJECUTIVO

En el artículo 15º de la sesión Nº 9020 celebrada el 28 de febrero de 2019 que dice:

“ARTICULO 15º

Por tanto, con base en lo deliberado y en atención a lo resuelto en el artículo 36º, acuerdo segundo de la sesión Nº 9011, celebrada el 17 de enero de 2019, respecto a

gestionar ante la Asamblea Legislativa audiencia para exponer la oposición que la Institución tiene sobre el Expediente N° 20.923, Proyecto ley “Reforma al artículo 29 de la Ley número 9028, Ley General de Control del Tabaco y sus Efectos Nocivos en la Salud, de 22 de marzo de 2012”, la Junta Directiva -por unanimidad- ACUERDA asistir el jueves 14 de marzo de 2019 a la Asamblea Legislativa e instruir a la Gerencia General que prepare un informe detallado para la Junta Directiva para el 07 de marzo de 2019.”

El Proyecto de Ley expediente N° 20.923, Reforma al artículo 29 de la Ley N.° 9028, Ley General de Control del Tabaco y sus Efectos Nocivos en la Salud, propone que siguiendo la línea plasmada en la Ley N.° 9028 cuyo artículo 29 direcciona al Instituto Costarricense del Deporte y la Recreación un 10% de recursos de los captados, en virtud del impuesto a los cigarrillos a efecto de destinarlo al cumplimiento de sus funciones vinculadas con el deporte y la recreación, el proyecto de ley tiene como fin que el Icoder reciba un 20% de los recursos captados en virtud del impuesto a los cigarrillos, es decir que reciba un 10% más de lo que se le gira actualmente.

Para tales efectos, se le estaría disminuyendo a IAFA de un 10% a un 5% de lo que recibe actualmente en virtud de ese impuesto; mientras que a la CCSS se le reduciría de un 60% a un 55%.

En ambos casos tanto del IAFA como de la CCSS, se justifica la deducción, por el superávit identificado en los informes solicitados.

Planteamiento que esta unidad (Proyecto de Fortalecimiento de la Atención Integral del Cáncer), rechaza, principalmente por los siguientes argumentos técnicos:

- 1- El crecimiento en la incidencia de las patologías atendidas con esta fuente de financiamiento y por ende el aumento considerable en las erogaciones institucionales para la atención de dichas enfermedades.
- 2- Actualmente la situación de los fondos de la Ley No 9028, se encuentra de la siguiente forma:
 - a. Ingresos (Periodo 2013-2018): ₡122,371.928,581.85
 - b. Gastos (Período 2013- 5 de marzo 2019): ₡51,503,047,865.52
 - c. Monto en Reserva en el Plan Global al 05 de marzo 2019: ₡70,868,880,716.33
- 3- En la Justificación indicada en la propuesta de modificación de la Ley 9028, se menciona la palabra superávit específico, el cual, es oportuno explicar que es un término contable, sin embargo, no representa la situación de los fondos, dado que se encuentran comprometidos en el **Plan Global de Inversión**, que se detalla más adelante.
- 4- Adicionalmente, es de suma importancia indicar que la organización de las estrategias para la asignación de fondos de la Ley 9028, incluye mayoritariamente **proyectos en Enfermedad Respiratoria, Cáncer y Enfermedad Cardiovascular** y los costos institucionales asociados a dichas patologías superan el monto ingresado por concepto de los fondos de la Ley 9028, además se refleja una tendencia de crecimiento del gasto.

- 5- En abril 2015, se realizó un análisis por parte del Proyecto de Fortalecimiento de la Atención Integral del Cáncer, en el que se reflejaba que los procesos de compra que se habían ejecutado hasta esa fecha, para erogar los fondos de la Ley 9028, no superaban el año y medio (desde la decisión inicial hasta la recepción de los equipos y medicamentos), se concluyó que el mayor tiempo de espera para la ejecución consiste en la planificación de los proyectos, lo anterior por la complejidad y definición del alcance de los mismos.
- 6- Es decir, la ejecución de los fondos no es inmediata, el monto ingresado se encuentra designado en distintos proyectos de infraestructura, equipamiento, compra de medicamentos, entre otros, relacionados con el consumo del tabaco, los cuales tienen un impacto directo en la atención de los pacientes.

Antecedentes:

En el artículo 15° de la sesión N° 9020 celebrada el 28 de febrero de 2019 que dice:

“ARTICULO 15°

Por tanto, con base en lo deliberado y en atención a lo resuelto en el artículo 36°, acuerdo segundo de la sesión N° 9011, celebrada el 17 de enero de 2019, respecto a gestionar ante la Asamblea Legislativa audiencia para exponer la oposición que la Institución tiene sobre el Expediente N° 20.923, Proyecto ley “Reforma al artículo 29 de la Ley número 9028, Ley General de Control del Tabaco y sus Efectos Nocivos en la Salud, de 22 de marzo de 2012”, la Junta Directiva -por unanimidad- ACUERDA asistir el jueves 14 de marzo de 2019 a la Asamblea Legislativa e instruir a la Gerencia General que prepare un informe detallado para la Junta Directiva para el 07 de marzo de 2019.

De la propuesta de modificación al artículo 29 de la Ley 9028, se extrae lo siguiente:

“...Mediante Ley N.º 8655, de 17 de julio de 2008, Costa Rica aprobó el Convenio Marco de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para el control del tabaco. El objetivo de ese instrumento internacional y de sus protocolos es “proteger a las generaciones presentes y futuras contra las devastadoras consecuencias sanitarias, sociales, ambientales y económicas del consumo de tabaco y de la exposición al humo de tabaco proporcionando un marco para las medidas de control del tabaco que habrán de aplicar las Partes a nivel nacional, regional e internacional a fin de reducir de manera continua y sustancial la prevalencia del consumo de tabaco y la exposición al humo de tabaco”.

El artículo 7 de dicho convenio señala los “principios básicos” que deben regir a efecto de alcanzar los objetivos de dicho instrumento, entre los que destaca el deber de las Partes de informarse de las “consecuencias sanitarias, la naturaleza adictiva y la amenaza mortal del consumo de tabaco y de la exposición al humo de tabaco y se deben contemplar en el nivel gubernamental apropiado medidas legislativas, ejecutivas, administrativas u otras medidas para proteger a todas las personas del humo de tabaco”. En igual sentido, el requerimiento de un compromiso político firme para establecer y respaldar, a nivel nacional, regional e internacional, medidas multisectoriales integrales y respuestas coordinadas, tomando en consideración la necesidad de adoptar medidas para proteger a todas las personas de la exposición al humo de tabaco, así como de adoptar medidas para prevenir el inicio, promover y apoyar el abandono y

lograr una reducción del consumo de productos de tabaco en cualquiera de sus formas, entre otros.

Aparejado al acatamiento de dichos principios, encontramos las obligaciones a las que nuestro país se comprometió con la aprobación de este acuerdo, entre las que se encuentran las siguientes: formulación, aplicación y actualización periódica y revisión de estrategias, planes y programas nacionales multisectoriales integrales de control del tabaco, conforme las disposiciones de dicho convenio. En igual sentido, el establecimiento y financiamiento de un mecanismo coordinador nacional o centros de coordinación para el control del tabaco, así como a adoptar y aplicar las medidas legislativas, ejecutivas, administrativas y/o otras medidas eficaces en la elaboración de políticas apropiadas para prevenir y reducir el consumo de tabaco, la adicción a la nicotina y la exposición al humo de tabaco.

Además, dicho instrumento señala en su numeral 6 la posibilidad de que los Estados parte puedan tomar medidas relacionadas con los precios e impuestos para reducir la demanda de tabaco, como un medio eficaz e importante para que diversos sectores de la población, en particular los jóvenes, reduzcan su consumo de tabaco.

Posteriormente, en mayo de 2009 se presenta a la corriente legislativa el expediente N.º 17371, el que da origen a la Ley N.º 9028, Ley General de Control del Tabaco y sus Efectos Nocivos en la Salud. En la exposición de esa iniciativa los diputados proponentes advierten precisamente que, con la ratificación del Convenio Marco para el Control del Tabaco, Costa Rica “se encuentra obligada a responder a un proyecto de ley que contemple todos los tópicos del CMCT”, y expresan que con la promulgación de esa ley esperan garantizar a las generaciones actuales y futuras un ambiente libre de humo de tabaco como parte de los derechos de todas y todos los habitantes de nuestro país.

Es así como en el año 2012 entra a regir la Ley N.º 9028, Ley General de Control del Tabaco y sus Efectos Nocivos en la Salud, cuyo numeral 1 define en forma clara y precisa el objeto de ésta al señalar:

“ARTÍCULO 1.- Objeto

La presente ley es de orden público y su objeto es establecer las medidas necesarias para proteger la salud de las personas de las consecuencias sanitarias, sociales, ambientales y económicas del consumo de tabaco y de la exposición al humo de tabaco.

Esta ley regula las medidas que el Estado implementará para instrumentalizar el Convenio Marco para el Control del Tabaco (CMCT) de la Organización Mundial de la Salud (OMS), Ley N.º 8655, de 17 de julio de 2008, con el objeto de controlar el consumo de tabaco y reducir su prevalencia, así como la exposición al humo de este.”

Se aprecia de la lectura de esta disposición que el objeto de la Ley N.º 9028 es desarrollar e instrumentalizar el Convenio Marco para el Control del Tabaco (CMCT) de la Organización Mundial de la Salud (OMS) aprobado por nuestro país en el año 2008, a efecto de alcanzar una serie de objetivos, -entre los que destacan-: la reducción en el consumo de productos elaborados con tabaco, así como la disminución en el daño sanitario, social y ambiental originado por el

tabaquismo, aunado a la prevención en la iniciación en el tabaquismo, especialmente en la población de niños y adolescentes.

La lucha contra el consumo de tabaco a partir de la aprobación de ese convenio y la Ley N.º 9028 ha dado grandes resultados, pues según datos proporcionados por el Ministerio de Salud, a través del doctor Esteban Solís Chacón, en su condición de coordinador técnico del Programa de Control del Tabaco-, y citados en oficio DM-FG-1793-18 de 8 de junio de 2018, los logros desde la aprobación de Ley General de Control del Tabaco se resumen en una disminución de la prevalencia de consumo de 14.7% previo a la aprobación de esa ley a un 8.9% en el 2015; y un consumo promedio diario por fumador que se redujo de 15 cigarrillos al día a 10 cigarrillos al día.

Conforme al numeral 29 de dicha ley, los recursos percibidos en virtud de dicho tributo se distribuyen actualmente de la siguiente manera:

a) Un sesenta por ciento (60%) de los recursos se destinarán a la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), para que sean utilizados en:

- i- El diagnóstico, el tratamiento y la prevención de enfermedades asociadas al tabaquismo.
- ii- El fortalecimiento de la Red Oncológica Nacional, para que sea utilizado en la prevención, el diagnóstico, el tratamiento, la rehabilitación y los cuidados paliativos del cáncer.

b) Un veinte por ciento (20%) se destinará al Ministerio de Salud, para que cumpla las funciones encomendadas en la presente ley.

c) Un diez por ciento (10%) se destinará al Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia (IAFA), para el cumplimiento de los fines establecidos en la presente ley.

d) Un diez por ciento (10%) se destinará al Instituto Costarricense del Deporte y la Recreación (Icoder) para el cumplimiento de sus funciones vinculadas con el deporte y la recreación.

En el planteamiento de reforma del artículo 29 de la Ley 9028 aporta la información brindada por la CCSS, que se detalla a continuación:

El siguiente cuadro detalla los montos recibidos por la Caja Costarricense de Seguro Social en virtud de los recursos girados por la Ley N.º 9028, según información aportada en el oficio DP-538-2018, de 25 de mayo de 2018, suscrito por el Lic. Sergio Gómez Rodríguez, director de Presupuesto. En dicha información se detalla el monto que se ha recibido por concepto de transferencias, lo ejecutado y la diferencia a partir del año 2013, esto a efecto de evacuar consulta relacionada con la ejecución de los recursos en la institución producto de la Ley N.º 9028, Ley General de control del Tabaco.

Detalle	Años						Total
	2013	2014	2015	2016	2017	mar-18	
Ingresos	30,384,000.0	20,304,000.0	14,267,795.3	22,706,142.4	18,454,172.8	4,695,300.0	110,811,410.5
Intereses	155,020.2	2,121,701.0	3,259,850.4	3,119,632.1	5,336,371.4	2,630,559.0	16,623,134.1
Gastos (1)	110,115.4	4,479,331.8	5,915,271.3	12,491,290.2	16,110,066.9	3,228,873.3	42,334,948.9
Adquisición de valores	0.0	0.0	0.0	36,986,971.8	12,516,162.2	16,593,713.9	66,096,847.9
Gobierno Central (2)	0.00	0.0	0.0	0.0	0.0	943922.7	943,922.7
Intereses corridos (3)	30,428,904.8	17,946,369.2	11,612,374.4	-23,652,487.5	-4,835,684.9	-13,440,650.9	
Diferencia del periodo							18,058,825.1

Fuente: Informe de liquidación presupuestaria (1) Incorpora gastos de operación e inversión (2) Inversión en títulos valores como una opción para mayores rendimientos, su fuente de financiamiento son los excedentes de periodos anteriores (3) Cuando se compran títulos del mercado secundario, se debe cancelar al tenedor anterior los intereses acumulados a la fecha de compra

En igual sentido, en oficio PD-1743-2018, de 26 de junio de 2018, suscrito por el presidente ejecutivo de esa entidad -Dr. Fernando Llorca Castro-, se remite información contenida en el oficio UEP-0306-2018, de 15 de mayo de 2018, suscrito por el Dr. Gonzalo Azua Córdova -director ejecutivo-, en la que se aportan datos sobre la “Transferencia de recursos de la Ley General de Control del Tabaco y sus Efectos Nocivos para la Salud, N.º 9028, el estado y origen y aplicación de recursos para el periodo de 1 de enero de 2013 al 31 de marzo de 2018”; desprendiéndose de ese documento que el superávit específico al 31 de diciembre de 2017 corresponde a la suma de ₡81,002,612.94. El siguiente cuadro fue remitido como parte de la información contenida en el oficio de marras:

**TRANSFERENCIA RECURSOS DE LA LEY GENERAL CONTROL DEL TABACO
Y SUS EFECTOS NOCIVOS PARA LA SALUD N.º 9028
ESTADO DE ORIGEN Y APLICACIÓN DE RECURSOS**

Recursos con finalidad específica

Período 1 de enero 2013 al 31 de marzo 2018

(Cifras en miles de colones)

Origen		Aplicación		%
Detalle	Monto	Sub-partidas	Monto	
Total Ingreso Año 2013	₡30,539,020.24	Gasto Ejecutado Año 2013	₡110,115.49	0.1%
Superavit específico al 31-12-2013	₡30,428,904.75	Gasto Ejecutado Año 2014	₡4,479,331.81	3.5%
Año 2014		Gasto Ejecutado Año 2015	₡5,915,271.27	4.6%
Ingresos por transferencia	₡20,304,000.00	Gasto Ejecutado Año 2016	₡12,491,290.24	9.8%
Ingreso por rendimientos	₡2,121,701.03	Gasto Ejecutado Año 2017	₡16,110,066.94	12.6%
Superavit específico al 31-12-2014	₡48,375,273.97	Gasto Ejecutado al 31-3-2018	₡3,228,873.30	2.5%
Año 2015		Total gasto ejecutado	₡42,334,949.05	33.2%
Ingresos por transferencia	₡14,263,840.00	Reservas Legales	₡57,231,162.01	44.9%
Ingreso por rendimientos	₡3,263,805.70			
Superavit específico al 31-12-2015	₡59,987,648.40			
Año 2016				
Ingresos por transferencia	₡22,700,015.81			
Ingreso por rendimientos	₡3,125,761.77			
Superavit específico al 31-12-2016	₡73,322,135.74			
Año 2017				
Ingresos por transferencia	₡18,454,172.78			
Ingreso por rendimientos	₡5,336,371.36			
Superavit específico al 31-12-2017	₡81,002,612.94			
Año 2018				
Ingresos por transferencia	₡4,695,300.00			
Ingreso por rendimientos	₡2,630,558.99			
Total Origenes	₡127,434,547.67	Total Aplicaciones	₡99,566,111.06	
Superavit específico al 31 de marzo 2018 *			₡27,868,436.61	
SUMAS IGUALES:	₡127,434,547.67		₡127,434,547.67	78.1%

Fuente: Informe del Mayor Auxiliar de Asignaciones Presupuestarias al 31 de marzo 2018, Reporte de intereses Área Tesorería General al 31 de marzo 2018 y Sistema de Información financiera

En la Justificación indicada en la propuesta de modificación de la Ley 9028, se menciona la palabra superávit específico, el cual, es oportuno explicar que es un término contable, sin

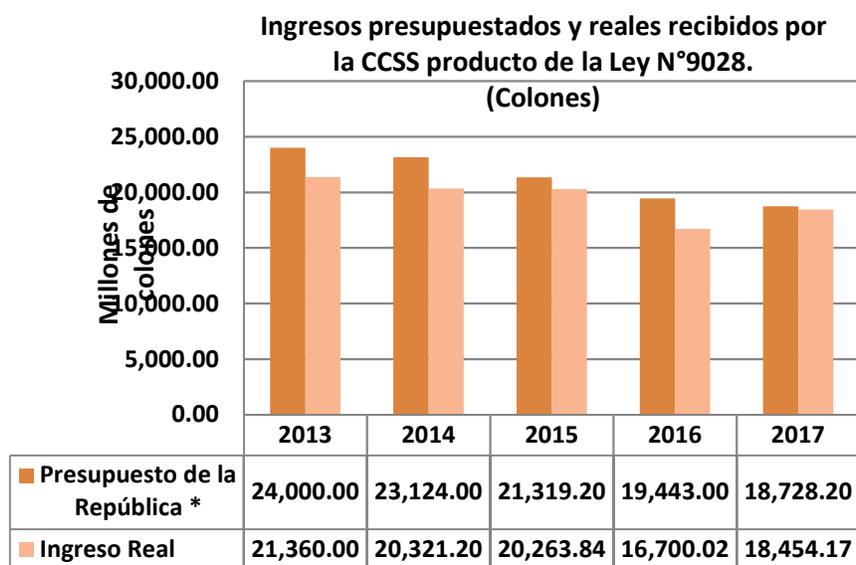
embargo, no representa la situación de los fondos, dado que se encuentran comprometidos en el Plan Global de Inversión, que se detalla más adelante.

2. CRITERIO TÉCNICO

Esta unidad rechaza la propuesta de modificación de la Ley 9028, con los siguientes criterios técnicos:

- a. Como parte de las estrategias implementadas para el cese del tabaquismo, ha existido una disminución importante en su prevalencia, con lo cual los ingresos anuales generados por la Ley 9028 se han reducido en casi un 20 % desde su inicio. El éxito de los programas hace prever que esta disminución continuará en el futuro.

Lo anterior, pondría en estado de vulnerabilidad a los programas institucionales que actualmente son financiados con dichos fondos, y disminuiría la inversión futura para la atención de las enfermedades relacionadas con el consumo de tabaco.



- b. En Costa Rica, según datos del Registro Nacional de Tumores del Ministerio de Salud y del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, el cáncer ocupa el segundo lugar en la mortalidad por causas definidas, con más de 4800 muertes por año, sólo superado por las enfermedades del sistema circulatorio (que incluye isquemia cardiaca y eventos cerebro vasculares) y suma cerca de 11600 diagnósticos nuevos por año.
- c. Se estima que la incidencia en cáncer siga creciendo:



Estimación de casos nuevos de cáncer en Costa Rica, 2016-2025

AÑO	NÚMERO DE CASOS
2016	12.392
2017	12.782
2018	13.180
2019	13.583
2020	13.992
2021	14.404
2022	14.821
2023	15.242
2024	15.665
2025	16.090

Fuente: Castillo, Jacqueline. Evolución y proyección del Cáncer en Costa Rica, Dirección Actuarial, CCSS, 2010.

- d. La modificación propuesta, a la a luz de lo expresado en el artículo 29 de la Ley 9028, iría en contra del espíritu del legislador el cual fue, fortalecer la prestación de servicios para la atención de las enfermedades asociadas con el consumo de tabaco.
- e. Adicionalmente, es de suma importancia indicar que la organización de las estrategias para la asignación de fondos de la Ley 9028, incluye mayoritariamente proyectos en Enfermedad Respiratoria, Cáncer y Enfermedad Cardiovascular, que están organizados en el portafolio periodo 2019-2023.

El cual se detalla a continuación, actualmente nos encontramos solicitando a las unidades ejecutoras de los proyectos y compras los cronogramas de ejecución de los fondos.

Es importante considerar que el portafolio es una herramienta dinámica que está en constante cambio.

Al 5 de marzo 2019, se tenía una asignación en proyectos de ₡ 123 041 751 986,88.

El código, no es un número consecutivo, es un código asignado a cada uno de los proyectos, el monto asignado corresponde al monto aprobado para el proyecto, el monto en reserva corresponde al monto comprometido para proyectos que se van a iniciar a ejecutar o que ya se ejecutaron, pero tienen pendientes mantenimientos por ejecutar y el monto del gasto, es el monto cancelado a proveedores.

ESTADO FINANCIERO PLAN GLOBAL DE INVERSIONES				
Gasto Acumulado del 31-12-2013 al 5-3-2019				
PROYECTO: FORTALECIMIENTO DE LA RED ONCOLÓGICA DE LA CCSS				
LEY N° 9028				
Monto en colones				
Código	Sub-Proyecto o Entregable	Monto Asignado ¢	Monto Reserva ¢	Monto Gasto ¢
5	Tomógrafos helicoidales para Hospital de San Carlos, Tony Facio, Max Peralta.	¢2,345,998,027.88	¢447,823,589.00	¢1,898,174,438.88
6	Tomógrafo helicoidal Monseñor Sanabria Incluido en la certificación de los tomógrafos helicoidales).	¢800,000,000.00	¢148,327,331.85	¢651,672,668.15
8	Equipo de terapia superficial Hospital México (sustitución)	¢332,000,000.00	¢16,001,831.44	¢315,998,168.56
11	Maquinas de Anestesia (120 equipos)	¢3,990,000,000.00	¢860,279,494.54	¢3,129,720,505.46
12	I Fase Autoclave Propósito General I Etapa (19 equipos) (1) San Rafael de Alajuela, (1) Clínica Marcial Rodríguez, (1) Clínica Marcial Rodríguez, (1) Clínica Marcial Rodríguez, (1) Hospital la Anexión, (1) Heredia Cubujiqui, (2) H Guápiles, (2) Tony Facio, (2) Max Peralta, (1) Neyli, (2) San Vito, (1) Monseñor Sanabria, (1) San Rafael de Puntarenas, (1) HCG, Hospital Mexico (1), Hospital de Goffito (1)	¢1,281,985,200.00	¢348,564,195.35	¢933,421,004.65
13	I Fase Autoclave Propósito General II Etapa (4 equipos) (1) San Rafael de Heredia, (1) Jiménez Núñez, (1) Clínica de Santa Cruz, (1) Hospital de San Carlos.	¢161,815,500.00	¢156,671,067.40	¢5,144,432.60
17	III Fase Equipos Rayos X (9) 2013LN-00001-3110, Hospital Ciudad Neilly (1), Monseñor Sanabria (1) y Escalante Pradilla (1), Hospital México (2), Calderón Guardia (2) y San Juan de Dios (2).	¢1,823,000,000.00	¢465,895,667.20	¢1,357,104,332.80
18	Formación y capacitación de recurso humano	¢9,599,788.20		¢9,599,788.20
19	IV Fase Equipos Rayos X (10 equipos) Cartago (2), Limón (1), México (1), Puntarenas (1), Turrialba (1), Hospital de Niños (1), Sarapiquí (1), Hospital de San Carlos (1). Nota: Dentro de planificación estaba incluido Osa, sin embargo no se va a adquirir por situación de clausura del centro.	¢3,500,000,000.00	¢1,596,954,832.23	¢1,903,045,167.77
20	Angiografo Arco en C Hospital de Heredia	¢1,767,709,000.00	¢1,767,709,000.00	¢0.00
21	Arco en C Hospital Calderón Guardia (Oncología para colocación de catéteres para quimioterapia).	¢51,000,000.00	¢4,211,942.88	¢46,788,057.12
22	Arco en C Hospital Ciudad Neilly.	¢61,455,100.00	¢5,759,290.40	¢55,695,809.60
23	Remodelación de los quirófanos del Hospital México	¢1,000,000,000.00	¢991,295,000.00	¢8,705,000.00
25	Equipamiento en el Servicio de Neumología del los tres Hospitales Nacionales, Hospital de Alajuela y Cartago	¢1,638,622,272.36	¢1,018,582,593.84	¢620,039,678.52
26	Sala de Oncología HCG.	¢438,304,000.00	¢30,581,574.94	¢407,722,425.06
27	Remodelación del servicio de Radiofarmacia y cuartos de hospitalización del Hospital Calderón Guardia.	¢64,615,690.00	¢6,704,888.78	¢57,910,801.22
29	Banco de hueso en el Hospital México y Hospital Calderón Guardia.	¢140,878,894.68	¢93,516,000.00	¢47,362,894.68
32	Adquisición de 41 unidades fijas, 22 Transportables y 23 equipos de Rayos X dental).	¢946,410,927.83	¢7,710,472.50	¢938,700,455.33
33	Sustitución de gammacamara (HSJD).	¢113,602,570.00	¢22,973,484.12	¢90,629,085.88
38	Sondas de captación para los tres Hospitales Nacionales (HM).	¢73,458,500.00	¢13,302,576.54	¢60,155,923.46
40	Ventiladores Pulmonares Hospital Nacional de Niños (6 convencionales) y Hospital Calderón Guardia (4 convencionales y 2 de alta frecuencia).	¢271,148,700.00	¢6,599,128.03	¢264,549,571.97
41	Sistema de Planificación para Braquiterapia Hospital México	¢156,370,500.00	¢5,724,880.42	¢150,645,619.58
42	Reposición Tomógrafos (HM, HSJD Y HCG) y ampliación de la capacidad del tomógrafos para el HSJD y el HM	¢10,862,515,000.00	¢10,862,515,000.00	¢0.00
45	Consumibles para el equipo ECMO	¢121,000,000.00	¢61,814,516.66	¢59,185,483.34
46	Mesa para braquiterapia para pacientes con peso elevado (+ de 130 kg) Hospital México	¢68,543,962.48	¢1,140,617.50	¢67,403,344.98
47	Compra de 6 Camas Terapia Respiratoria Hospital San Juan de Dios	¢81,000,000.00	¢81,000,000.00	¢0.00
48	Dotar al Acelerador 4 de la Tecnología OBI CBCT y al Acelerador 3 de Rapid Arc y OBI CBCT	¢1,789,850,500.00	¢7,087,768.08	¢1,782,762,731.92
49	Equipamiento Sala de Recuperación HSJD	¢588,000,000.00	¢150,523,529.50	¢437,476,470.50
51	Sustitución de equipo de Braquiterapia y Tomógrafo Simulador, del Hospital México.	¢115,421,000.00	¢115,421,000.00	¢0.00
55	Edificio Centro Nacional de Control del Dolor y Cuidados Paliativos- Financiamiento Parcial (Construcción, equipamiento y Mantenimiento)	¢259,723,650.80		¢259,723,650.80
57	Adquisición de Medicamentos	¢10,000,000,000.00	¢1,049,434,060.87	¢8,950,565,939.13
59	Equipamiento Servicio de Anatomía Patológica Hospital México	¢64,128,000.00	¢1,969,116.00	¢62,158,884.00

ESTADO FINANCIERO PLAN GLOBAL DE INVERSIONES				
Gasto Acumulado del 31-12-2013 al 5-3-2019				
PROYECTO: FORTALECIMIENTO DE LA RED ONCOLÓGICA DE LA CCSS				
LEY N° 9028				
Monto en colones				
Código	Sub-Proyecto o Entregable	Monto Asignado ¢	Monto Reserva ¢	Monto Gasto ¢
61	Equipamiento para fortalecer el Banco Nacional de Sangre (adquisición de: (15) Balanza agitador, (1) Centrífuga refrigerada (6 bolsas), (2) Centrífuga refrigerada (12 bolsas), (2) Centrífuga de inmunohistoquímica, (40) Camillas portátiles para atender donantes de sangre, (9) Sillones reclinables para la atención en sede, (3) Selladores portátiles para tubuladuras de bolsas y (2) Selladores de mesa para tubuladuras de bolsas)	¢175,022,500.00	¢109,362,083.00	¢65,660,417.00
64	Digitalización Área de mamografía Hospital Ciudad Neily.	¢214,255,105.74	¢4,237,855.00	¢210,017,250.74
67	Sustitución de Unidad de cobalto por Acelerador Lineal Mono energético	¢2,309,323,229.10	¢2,119,004,273.12	¢190,318,955.98
69	Equipamiento para el servicio de Radioterapia Hospital San Juan de Dios (2 Detectores tipo Geiger Muller, 2 Electrómetros, 2 Cámaras de Ionización, Dosímetro para DIV (dosimetría en vivo), Sistema de Vigilancia para el monitorio en la sala de tratamientos, 5 Equipos de dosimetría de lectura directa para personal ocupacionalmente expuesto y un sistema de barrido automático.	¢83,114,235.66	¢4,335,094.00	¢78,779,141.66
70	Cama Ginecológica CENARE	¢11,330,000.00	¢3,172,884.48	¢8,157,115.52
71	Adquisición de Equipo de Endoscopia Alta y Baja Hospital Ciudad Neily	¢67,543,728.00	¢2,358,316.65	¢65,185,411.35
72	Dos autoclaves y equipo de mamografía para el Hospital de la Anexión	¢260,840,770.00	¢10,146,895.24	¢250,693,874.76
74	Proyecto piloto para la incorporación de la prueba de ADN-VPH en el tamizaje por cáncer de cérvix en la Región Chorotega (PND)	¢1,782,783,098.81	¢1,706,633,417.50	¢76,149,681.31
75	Proyecto Tamizaje del cáncer colorrectal, por detección de sangre oculta en heces con test inmunológico.	¢212,000,000.00	¢36,514,399.37	¢175,485,600.63
77	Reemplazo Ortopantógrafo, Hospital William Allen Taylor	¢53,196,000.00	¢4,880,687.50	¢48,315,312.50
78	Proyecto Rehabilitación de la persona sobreviviente de cáncer	¢213,450,709.23	¢2,416,726.68	¢211,033,982.55
81	Dos equipos de ecografía para el servicio de la Clínica del Dolor y Cuidados Paliativos HSJD	¢27,000,000.00	¢1,720,800.00	¢25,279,200.00
83	Equipos de cardiología (Hospital Nicoya, HOMACE y Hospital de Turrialba)	¢449,318,000.00	¢159,615,077.15	¢289,702,922.85
84	Proyecto de remodelación de la sección de Hemato Oncología y los salones de Hospitalización del servicio de Oncología Hombres y Mujeres del Hospital San Juan de Dios (obra arquitectónica, obra eléctrica, obra mecánica y equipamiento médico.	¢1,646,854,000.00	¢1,646,854,000.00	¢0.00
86	Sustitución ecocardiografos (ampliación de la licitación 2015LA-000062-2104)HM	¢138,000,000.00	¢1,949,419.39	¢136,050,580.61
87	Arco en C para los Hospitales México (2) Monseñor Sanabria (1) San Calos (1), Max Peralta (1)	¢545,371,740.88	¢2,881,141.87	¢542,490,599.01
92	Equipo de Rayos X HSJD (Ampliación de la compra 2013LN-000001-3110).	¢243,000,000.00	¢65,720,625.42	¢177,279,374.58
93	Remodelación de la unidad de cuidado crítico respiratorio (U.C.C.R) Hospital San Juan de Dios	¢740,836,000.00	¢672,569,200.00	¢68,266,800.00
96	Proyecto Aumento de la capacidad institucional para la toma y lectura de mamografías en mujeres entre 45 y 69 años de edad	¢3,187,383,053.29	¢1,230,209,771.48	¢1,957,173,281.81
97	Torres de mediastinoscopia HM, HCG y HSRA	¢468,902,000.00	¢123,898,583.00	¢345,003,417.00
99	Proyecto de remodelación y sustitución de las camas de hospitalización y mobiliario para la Unidad Coronaria del Hospital San Juan de Dios	¢688,780,500.00	¢93,722,253.18	¢595,058,246.82
100	Central de monitoreo para la Unidad Coronaria del HSJD	¢145,700,000.00	¢1,439,054.00	¢144,260,946.00
102	Equipamiento para servicios de Cardiología, Hospitales Nacionales y regionales	¢2,343,989,500.00	¢1,491,374,400.94	¢852,615,099.06
104	Equipos médicos para Programa de Tamizaje Cáncer Colo-Rectal, Hospital Max Peralta	¢512,022,500.00	¢107,003,451.51	¢405,019,048.49
105	Neuroendoscopio Servicio de Neurocirugía Hospital Nacional de Niños	¢92,002,000.00	¢15,426,429.09	¢76,575,570.91
106	Proyecto "Área para la Unidad de Hemato-Oncología", Hospital San Vicente de Paúl	¢579,492,500.00	¢579,492,500.00	¢0.00
108	Torre de Laparoscopia con accesorios y Ultrasonido para Ginecoobstetricia, Hospital William Allen	¢87,653,000.00	¢21,279,053.09	¢66,373,946.91
111	Equipo de Ortopantomografía, Hospital San Juan de Dios	¢238,227,500.00	¢7,497,527.30	¢230,729,972.70
112	Proyecto Habilidades para la vida	¢242,205,000.00	¢242,205,000.00	¢0.00
114	Equipo sonda de cirugía radioguiada para el servicio de Medicina Nuclear del Hospital San Juan de Dios.	¢18,718,000.00	¢1,224,940.00	¢17,493,060.00
116	Sustitución de criostatos, servicios de patología Hospital Calderón Guardia y Hospital San Vicente de Paúl (de este último centor el financiamiento es parcial)	¢41,470,000.00	¢3,418,599.20	¢38,051,400.80

Gasto Acumulado del 31-12-2013 al 5-3-2019				
PROYECTO: FORTALECIMIENTO DE LA RED ONCOLÓGICA DE LA CCSS				
LEY N° 9028				
Monto en colones				
Código	Sub-Proyecto o Entregable	Monto Asignado €	Monto Reserva €	Monto Gasto €
117	Equipos de Ultrasonidos (56: 1 Área de Salud Marcial Fallas Díaz, 1 Área de Salud Santo Domingo, 1 C.A.I.S. Puriscal 1 Hospital San Vicente De Paúl, 1 Área de Salud Dr. Marcial Rodríguez Conejo, 1 Hospital De La Anexión, 3 Hospital De Las Mujeres, 5 Hospital Dr. Enrique Baltodano B, 2 Hospital Dr. Escalante Pradilla, 4 Hospital Dr. Maximiliano Peralta J, 2 Hospital Dr. RA. Calderón Guardia, 1 Hospital Dr. Raúl Blanco Cervantes, 1 Hospital Dr. Tomás Casas Casajús, 2 Hospital Dr. Tony Facio Castro, 1 Hospital Dr. William Allen, 1 Hospital Gólfito Manuel Mora V, 1 Hospital Guápiles, 3 Hospital México, 1 Hospital San Rafael Alajuela, 3 Hospital San Carlos, 2 Hospital San Francisco De Asís, 1 Hospital San Juan De Dios, 1 Hospital Nacional de Niños., 1 Hospital San Rafael Alajuela (ESTE ÚLTIMO LO COMPRA EL HSRA)	€1,360,854,150.00	€1,323,875,000.00	€36,979,150.00
121	2 Torres de endoscopia digestiva para el CAIS de Puriscal	€193,772,561.85	€5,321,253.49	€188,451,308.36
122	Monitores de signos vitales de pared no invasivos para la Red de Servicios Brunca y Hospital San Juan de Dios	€283,762,000.00	€7,717,662.19	€276,044,337.81
124	Equipo de Rayos X CENARE	€311,200,000.00	€311,200,000.00	€0.00
126	Equipo de Rayos X Aserri (Ampliación de la compra 2013LN-000001-3110).	€170,542,000.00	€28,337,666.72	€142,204,333.28
Año 2019				
139	Centro Conjunto HSJD, HBC y HNN	€10,869,516,450.00	€8,449,736,000.00	€0.00
140	Torre de Hematooncología Hospital Calderón Guardia	€15,841,684,198.66	€15,841,684,198.66	€0.00
141	Programa de Enfermedades Respiratorias	€4,201,500,000.00	€818,765,894.00	€49,311,106.00
142	Proyecto Consejo Genético Oncológico	€91,000,000.00	€30,733,395.00	€0.00
145	III Fase de autoclaves de propósito general (30 equipos), incluye los siguientes lugares: H. Calderón Guardia (3), H. De las Mujeres (1), H. Ciudad Neilly (1), H. México (2), H. San Francisco de Asís (1), H. Carlos Luis Valverde (3), H. La Anexión (1), H. Max Terán Vallis (1), H. Blanco Cervantes (1), H. Nacional de Niños (2), H. Psiquiátrico (1), A. S. El Guarco (1), CENARE (1), H. Monseñor Sanabria (1), A.S. Abangares (1), Coopesalud R.L. (Pavas) (1), Cl. Dr. Marcial Rodríguez Conejo (1), Cl. Dr. Solón Núñez Frutos (1), A.S. Matina (1), A.S. Guácimo (1), H. San Carlos (2), A.S. Aserri (1), A.S. Puerto Viejo (Sarapiquí) (1).	€1,331,228,500.00	€1,331,228,500.00	€0.00
146	Estrategia para la Promoción de Actividad Física y estilos de vida saludable, desde la prestación de servicios institucionales	€593,413,000.00	€6,000,000.00	€64,713,857.01
147	Adquisición de Medicamentos	€10,000,000,000.00	€702,522,100.00	€0.00
148	Compra de autoclaves Sala de Operaciones y Laboratorio Clínico Hospital México	€97,959,000.00	€97,959,000.00	€0.00
149	Equipo de Rayos X Área de Salud Zapote Catedral	€678,019,000.00	€678,019,000.00	€0.00
150	Ortopantógrafo para el Servicio de Odontología Clínica Marcial Fallas Díaz	€80,764,000.00	€80,764,000.00	€0.00
151	Proyecto de Clínicas de cesación del fumado (implementación de nuevas clínicas y fortalecimiento de clínicas existentes).	€11,199,800.00	€11,199,800.00	€0.00
152	Equipamiento en el Servicio de Cirugía cardiovascular y tórax del Hospital Calderón Guardia	€113,541,974.78	€113,541,974.78	€0.00
35	Gammacámara SPECT-CT (HM).	€2,032,813,241.00	€2,032,813,241.00	€0.00
50	Ampliación y Remodelación del servicio de Gastroenterología del Hospital México.	€950,000,000.00	€950,000,000.00	€0.00
58	Unidad Coronaria (Equipamiento para el servicio de Cardiología del Hospital Calderón Guardia (1 Central de Monitoreo, 8 camas eléctricas con balanza, 1 balón contra pulsación portátil, 1 Kit de balones, 2 electrocardiógrafos, 1 ventilador mecánico, 1 telemetría para 8 pacientes, 1 ultrasonido digital, 1 carro de medicamentos, 1 negatoscopio cuatro puertos, 8 gigante porta sueros, 1 desfibrilador con marcapasos externo, 4 marcapasos temporal externo, 1 carro de paro, 8 mesas puente, 8 mesas de noche, 1 silla de baño, 2 sillas de ruedas, 1 aspirador).	€437,235,932.24	€437,235,932.24	€0.00
62	Adquisición de equipo Médico para el Servicio de Cardiología Hospital San Vicente de Paúl (Incluye 1 Prueba de esfuerzo, 5 Grabadoras MAPA, 1 Sistema de aire acondicionado, 2 Máquina para ejercicios tipo cicloergometro de brazos, Cardiografía de impedancia y 1 Ecocardiografía.)	€62,840,033.56	€62,840,033.56	€0.00
52	Adquisición de equipos para el Banco de Sangre del Hospital Calderón Guardia (Sillón Donante de Sangre, Mezclador homogeneizador (pesa), centrifuga refrigerada con capacidad de 12 unidades o bolsas, refrigerados de hecomponentes y cámara vertical plomada).	€2,933,739.64	€2,933,739.64	€0.00
68	Spect-CT (HSJD) Financiamiento Parcial.Según acuerdo de reunión PE del 10 de febrero 2016, se aprueba financiamiento para equipos adicionales: Desfibrilador, carro de paro y medicamentos, campanas de flujo laminar y en reunión del pasado 13 de abril de 2016, se aprueba financiamiento para remodelación \$485,000.	€151,199,959.02	€151,199,959.02	€0.00
115	V Fase rayos X Hospital México (02), Calderón Guardia (01), San Juan de Dios (01), Max Peralta (02), CENARE (01), Blanco Cervantes (01) y H. Sn Fco. Asís (01), Tony Facio (01), H. Enrique Baltodano (1), VI Fase Hospital: A.S. Valle Estrella (01), Calderón Guardia (03) Gólfito (01), Enrique Baltodano (01), San Vito (01), Cl. Marcial Fallas (01) // AS Peninsular (01), Cl. Buenos Aires Puntarenas (01), Cl. Ricardo Moreno Cañas (01), Cl. Solón Núñez Frutos (01), Cl. San Juan Limón (01), Cl. Dr. Carlos Durán Carrión (01), H. Escalante Pradilla (01), H. San Rafael de Alajuela (02), H. Niños (01), H. Blanco C. (01), H. San Juan Dios (01).	€6,485,093,456.80	€6,485,093,456.80	€0.00
153	Proyecto integral de comunicación y educación para la prevención del inicio del fumado 2019-2013	€432,000,000.00	€89,500,000.00	€0.00
MONTO TOTAL		€151,252,327,715.36	€70,868,880,716.33	€51,503,047,865.52

Fuente: Plan Global de Inversión al 5 de marzo 2019

- f. En abril 2015, se realizó un análisis por parte del Proyecto de Fortalecimiento de la Atención Integral del Cáncer, en el que se reflejaba que los procesos de compra que se habían ejecutado hasta esa fecha, para erogar los fondos de la Ley 9028, no superaban el año y medio (desde la decisión inicial hasta la recepción de los equipos y medicamentos), se concluyó que el mayor tiempo de espera para la ejecución consiste en la planificación de los proyectos, lo anterior por la complejidad y definición del alcance de los mismos.
- g. Es decir, la ejecución de los fondos no es inmediata, el monto ingresado se encuentra designado en distintos proyectos de infraestructura, equipamiento, compra de medicamentos, entre otros, relacionados con el consumo del tabaco, los cuales tienen un impacto directo en la atención de los pacientes.

- h. La propuesta de destinar los fondos asignados a la CCSS, a otra institución, tal y como se mencionó anteriormente, debilitaría los programas actuales que se pretenden financiar y retomando lo antes expuesto, la institución destina más fondos para la atención de enfermedades, que lo que en realidad percibe por dicho concepto.

3. CRITERIO FINANCIERO

Se adjunta, el estimado de algunos de los costos asociados al consumo del tabaco y en el que se refleja el crecimiento de las erogaciones relacionadas con la atención de dichas enfermedades.

**Estimación del costo de atención de enfermedades asociadas
al tabaquismo por año. CCSS: 1997 - 2014.
(cifras en millones de colones)**

Año	Total
1997	7 832,06
1998	9 987,05
1999	11 338,76
2000	13 584,35
2001	16 002,08
2002	20 013,36
2003	23 295,81
2004	26 065,27
2005	29 158,73
2006	34 518,19
2007	39 140,65
2008	48 777,46
2009	58 196,23
2010	72 980,70
2011	74 804,08
2012	79 049,20
2013	83 792,15
2014	91 333,44

FUENTE: Departamento de Estadística. Dirección Actuarial y Económica. Elaboración propia con base en datos del Sistema de Información en Salud ESS, Sistema de Costos Hospitalarios, Estimación de Enfermedades atribuibles al fumado.

**Número y costo de prestaciones a pacientes con cáncer según tipo de prestación
CCSS: 2010 - 2012**

AÑO	2010		2011		2012	
	Número	Costo a/	Número	Costo a/	Número	Costo a/
Costo total % respecto al gasto CCSS		70.727,2 5,3		81.008,3 6,4		89.073,5 5,9
Egresos	17.982		18.655		20.415	
Estancias	135.622	45.670,6	142.197	52.547,6	144.783	55.255,9
Días otorgados de incapacidad	346.688	2.667,4	382.658	3.366,2	417.357	4.387,2
Consultas Externas b/	224.886	21.883,0	233.366	24.196,5	247.236	28.583,3
Urgencias	7.359	506,2	13.348	898,0	12.783	897,1

FUENTE: C.C.S.S., Área de Estadística, Dirección Actuarial y Económica.
Con base en los datos de la Encuesta de Causas de Consulta Externa 2007
Para el año 2010: Causas de Consulta de Urgencias 2006 y base de Egresos Hospitalarios en línea.
Para el año 2011-2012: Causas de Consulta de Urgencias 2011 y base de Egresos Hospitalarios en línea.
Sistema de Costos Hospitalarios.
a/ En millones de colones.
b/ Se utilizaron las siguientes proporciones para estimar el costo de atención
56% en Consulta externa
17% Quimioterapia
25% Radioterapia
2% Braquiterapia.

Fuente: Dirección de Actuarial

**Costos estimados por los servicios brindados a la atención de enfermedades
cardiovasculares
Caja Costarricense de Seguro Social: 1998 -2014.**

Año	Consultas			Estancias	Días de Incapacidad	Costo Total
	Total	Externa	Urgencias			
1998	4 763	4 255	508	5 528	179	10 470
1999	5 233	4 645	588	6 972	201	12 405
2000	6 099	5 337	762	8 468	259	14 827
2001	6 981	6 095	887	10 598	282	17 862
2002	8 548	7 516	1 032	12 463	322	21 333
2003	10 416	9 328	1 088	12 432	374	23 223
2004	12 880	11 504	1 376	17 014	453	30 347
2005	13 644	12 103	1 541	19 079	522	33 245
2006	18 842	16 542	2 300	21 267	579	40 688
2007	20 798	18 172	2 626	27 952	654	49 403
2008	22 094	18 778	3 315	34 414	1 140	57 648
2009	28 224	23 957	4 267	45 790	1 631	75 645
2010	32 947	27 552	5 394	52 332	1 701	86 980
2011	37 497	32 347	5 150	57 428	2 104	97 029
2012	41 081	35 401	5 679	58 485	2 376	101 941
2013	42 784	36 945	5 839	69 138	2 484	114 405
2014	63 382	54 196	9 186	75 416	2 628	141 426

FUENTE: Dirección Actuarial y Económica. Elaboración propia con base en los datos de Anuario Estadístico.

Encuestas de Causas de Consulta Externa (2007 y 2012) y Urgencias (2006 y 2011) Área Estadística de Salud.

Consulta a la base de datos de egresos hospitalarios en línea de

**Costos estimados por los servicios brindados a la atención de enfermedades
cardiovasculares
Caja Costarricense de Seguro Social: 1998 -2014.**

Año	Consultas			Estancias	Días de Incapacidad	Costo Total
	Total	Externa	Urgencias			

la CCSS.

Considerando lo anteriormente expuesto, se mantiene la oposición a la modificación de la Ley 9028, planteada por los diputados y diputadas, según consta en Expediente N.º 20.923.”

Los señores miembros de la Junta Directiva, hacen referencia a la audiencia celebrada en la Asamblea Legislativa, con respecto al *Expediente N° 20.923, Proyecto ley “Reforma al artículo 29 de la Ley número 9028, Ley General de Control del Tabaco y sus Efectos Nocivos en la Salud, de 22 de marzo de 2012*, y con base en lo deliberado, la Junta Directiva – en forma unánime **ACUERDA:** instruir a la Gerencia General para que presente un informe sobre la operación de la unidad ejecutora “Proyecto Fortalecimiento Atención Integral al Cáncer”, así como, una posible propuesta para mejorar su funcionamiento.

Ingresa al salón de sesiones la Dra. Rocío Sánchez Montero, el doctor Wilman Rojas, Dirección Regional Huetar Atlántica, licenciada Elizabeth Gairaud, licenciado Juan Carlos Martínez, licenciada Laura Jiménez, licenciado Oscar Villegas del Carpio y el Danny Garbanzo Alfaro

ARTICULO 8º

Se tiene a la vista el oficio N° GG-0187-2019, de fecha 12 de marzo de 2019, que firma el doctor Cervantes Barrantes, Gerente General, que contiene el informe en relación con el acuerdo adoptado en el artículo 4º, acuerdo primero, de la sesión N° 9000, celebrada el 12 de noviembre de 2018: Proyecto de Fortalecimiento de la Prestación de los Servicios de Salud

La Dra. Rocío Sánchez Montero, inicia su presentación con base en las siguientes láminas:

1)



2)

Antecedentes



3)

Plan Nacional de Desarrollo 2019-2022

4. Salud y Seguridad Social

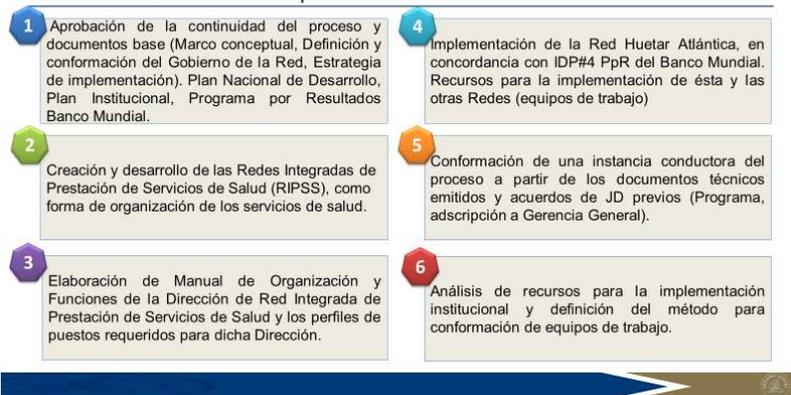
Mejorar las condiciones de salud de la población para vivir más años libres de enfermedades y sin discapacidades mediante el fomento de estilos de vida saludables y la ampliación del Seguro de Enfermedad y Maternidad (SEM) y del Seguro de Invalidez, Vejez y Muerte (IVM).

4.27 Mejorar la prestación de servicios de salud para responder a las necesidades de la población mediante un enfoque centrado en las personas y organización en redes integradas.

4.28 Desarrollar el Plan de Gestión para la implementación de Red Integrada de prestación de servicios de salud Huetaar Caribe

4)

Elementos abordados para la continuidad del fortalecimiento



5)

Líneas de acción para la implementación



6)

Necesidad de recursos humanos Programa FPSS



7)

Necesidad de recursos humanos en cada Red



8)

Fundamento Jurídico

- "Se tiene a la vista el oficio número DJ 1809-2017, del 23 de marzo del año 2017, suscrito por el Lic. Gilbert Alfaro Morales, Subgerente Jurídico, y las licenciadas Mariana Ovares Aguilar, jefe a.i. del Área de Gestión Técnica y Asistencia Jurídica, y Mayra Acevedo Matamoros, Abogada de la Dirección Jurídica (estudio y redacción), en el que atienden lo resuelto en el artículo 18° de la sesión No 8894 del 16 de marzo del año 2017, en que se solicita criterio sobre la viabilidad de sustituir personal que se encuentre destacado en proyectos especiales."
- Se cita además (...) "ante el evento de que se desarrollen proyectos de interés institucional que requieran sustraer funcionarios de sus funciones habituales, bien podría la Junta Directiva autorizar su sustitución bajo el mismo código de la plaza en que aquellos se encuentran nombrados."
- "En suma, es viable desde la óptica legal, que la Junta Directiva, a través del acuerdo respectivo, autorice a las dependencias administrativas de donde se requiera disponer de algún funcionario para atender un proyecto especial (así definido previamente por la Junta Directiva), nombrar un sustituto en el mismo código de la plaza de ese funcionario en el tanto sea indispensable para garantizar la continuidad del servicio." (el resaltado no es del original)

9)

Hoja de Ruta



10)

Costos de la implementación (2019-2023)*

	2019	2020	2021	2022	2023
Servicios Personales Variables	1 103,9	1 298,8	1 337,7	1 377,9	1 419,2
Servicios No Personales	505,2	333,2	358,0	363,9	392,3
Materiales y Suministros	21,9	22,9	23,8	24,8	25,8
Equipamiento	20,0	10,0	11,0	12,0	12,0
Costo total de implementación	1 651,1	1 664,8	1 730,6	1 778,6	1 849,3

(*) Costos de partidas de Efectivo, en millones de colones.

La estimación del costo no incluye la inversión para reducción de las brechas en cada Red.
Proyección de aumento servicios personales de 3% anual, demás en 4% anual.

Fuente: Equipo Director Proyecto FPSS, con información de Dirección de Presupuesto, Recursos Humanos y ETP Redes

11)

PROPUESTA DE ACUERDOS

12)

Teniendo a la vista el oficio GG-0187-2019 y la presentación realizada por la Dra. María del Rocío Sánchez Montero, Directora del Proyecto de Fortalecimiento de la Prestación de Servicios de Salud.

Considerando:

- 1) Que el proceso de Reforma del Sector Salud, el componente de Readequación del Modelo de Atención, así como las políticas nacionales e institucionales que se han planteado a través de los años, sientan los precedentes para promover el fortalecimiento de la prestación de servicios de salud.
- 2) La decisión de transformar la prestación de los servicios de salud hacia un enfoque centrado en las personas, como un proceso de interés institucional y concordante con su misión y visión.
- 3) La necesidad de continuar con el proceso de implementación de las estrategias para el fortalecimiento de la prestación de servicios de salud y organización en Red, por cuanto la población lo requiere, considerando los cambios demográficos y epidemiológicos, así como el abordaje integral de sus necesidades en el ámbito del quehacer de la Institución.
- 4) La importancia de conducir el proceso de conformación, organización y funcionamiento de Redes Integradas de Prestación de Servicios de Salud a nivel nacional, así como el acompañamiento y asesoría en la implementación de la Red Integrada de Prestación de Servicios de Salud Huetar Atlántica, en concordancia con el Programa por Resultados para el Fortalecimiento del Seguro Universal de Salud en Costa Rica (Ley N°9396 Contrato de préstamo con el BIRF)
- 5) La complejidad, responsabilidad y especialización en esta materia demanda que la conducción del proceso disponga de autoridad formal para coordinar de forma intergerencial y articulada, el desarrollo de las acciones que vinculen los procesos de prestación y gestión de los servicios de salud.

La Junta Directiva ACUERDA:

13) ACUERDO PRIMERO

Aprobar la continuidad del Proceso de Fortalecimiento de la Prestación de Servicios de Salud, declarándolo de interés institucional. En este mismo acto se aprueban los siguientes documentos como referentes para su implementación institucional:

- 1) Marco Conceptual y Estratégico para el Fortalecimiento de la Prestación de Servicios de Salud, que constituye la versión validada del documento “Fortalecimiento de la Prestación de Servicios de Salud. Propuesta ajustada a la prueba de campo”.
- 2) Definición, Conformación y Funcionamiento del Gobierno de las Redes Integradas de Prestación de Servicios de Salud en la CCSS.
- 3) Estrategia de Implementación Institucional para el Fortalecimiento de la Prestación de Servicios de Salud.

Con base en lo anterior, trasladar los documentos aprobados a las Gerencias y sus dependencias, para que sean considerados en su quehacer y a la Dirección del Proyecto de Reestructuración del Ámbito Central, a fin de ser tomados en cuenta por las organizaciones externas que desarrollan los análisis y propuestas organizativas del nivel central, en relación con la imagen-objetivo aprobada por la Junta Directiva.

14) ACUERDO SEGUNDO

Se aprueba la creación y desarrollo de las Redes Integradas de Prestación de Servicios de Salud (RIPSS), con fundamento en los resultados y recomendaciones técnicas derivadas del Proyecto de Fortalecimiento de la Prestación de Servicios de Salud y consciente esta Junta Directiva de la necesidad imperiosa de avanzar hacia formas de organización y desempeño de los servicios de salud, que respondan de manera más apropiada a las nuevas condiciones y retos del entorno.

A partir del presente acuerdo, las siete Direcciones Regionales actuales se denominarán como Direcciones de Redes Integradas de Prestación de Servicios de Salud (DRIPSS), en el entendido de que cada una deberá evolucionar progresivamente a las funciones y competencias determinadas en los documentos aprobados en el ACUERDO PRIMERO, con el involucramiento de todas las gerencias institucionales y sus unidades adscritas, según su competencia y el acompañamiento de la Instancia que conduce el proceso de fortalecimiento de la prestación de servicios de salud.

En línea con lo anterior, se deja sin efecto el acuerdo segundo del artículo 10° de la sesión N° 5217 de Junta Directiva, de fecha 07 de junio de 1978, mediante el cual se crearon las Direcciones Regionales y el punto 3 del Acuerdo Único del artículo 7° de la sesión N° 8304, celebrada el 4 de diciembre de 2008, en el cual se oficializó la nomenclatura de las tres Redes de Servicios de Salud Noroeste, Este y Sur. Cualquier otra disposición relacionada con estas unidades administrativas, deberá ser ajustada progresivamente hacia las RIPSS.

15) ACUERDO TERCERO

Se instruye a la Gerencia General para que, en coordinación con la Instancias que corresponda el proceso de fortalecimiento de la prestación de servicios de salud, presente para la aprobación de esta Junta Directiva en un plazo máximo de seis meses contados a partir de la aprobación en firme del presente acuerdo, el Manual de Organización y Funciones de la Dirección de Red Integrada de Prestación de Servicios de Salud y los perfiles de puestos requeridos para dicha Dirección, de acuerdo con lo definido en el documento “Definición, Conformación y Funcionamiento del Gobierno de las Redes Integradas de Prestación de Servicios de Salud en la CCSS”, aprobado en el ACUERDO PRIMERO. Lo anterior, con el propósito de contar con los instrumentos técnicos y administrativos que la Institución requiere para una implementación ordenada, eficiente y eficaz.

16) ACUERDO CUARTO

Se declara la implementación de la prestación de servicios de salud, como Proyecto Especial con prioridad en la Red Huetar Atlántica y se instruye al Gerente General para que las gerencias se involucren de manera activa y, junto con la asesoría del equipo que conduce el Proceso de Fortalecimiento de la Prestación de Servicios de Salud, inicien las acciones pertinentes de forma inmediata a la aprobación en firme del presente acuerdo, para que se facilite su desarrollo.

Lo anterior, en virtud de que el proceso de implementación de las Redes Integradas de Prestación de Servicios de Salud (RIPSS) ya inició en la Región Huetar Atlántica, en concordancia con lo dispuesto en el indicador de desembolso ILD#4 del Programa por Resultados para el Fortalecimiento del Seguro Universal de Salud en Costa Rica, que será evaluado en el primer trimestre del 2022.

17) ACUERDO QUINTO

Se aprueba el Programa Fortalecimiento de la Prestación de Servicios de Salud, adscrito a la Gerencia General, con criterio técnico vinculante para la conducción, acompañamiento y seguimiento del proceso de fortalecimiento y la implementación de las RIPSS, en consideración de la complejidad y relevancia del proceso de fortalecimiento de la prestación de servicios de salud, así como los resultados obtenidos en el proyecto de validación.

El Programa conservará la Unidad Ejecutora N°2919, para lo cual se instruye a la Gerencia Financiera otorgar los recursos requeridos para su funcionamiento.

Asimismo, se instruye a la Gerencia General la realización del nombramiento del Director(a) del Programa.

Este programa será evaluado anualmente por la Gerencia General y los resultados serán presentados a la Junta Directiva.

18)



19)

RECURSOS HUMANOS PROGRAMA FPSS

Equipo	Recurso Humano	Cantidad
Dirección	Director de Programa	1
	Administrador Programa	1
	Asesoría Legal	1
	Secretaría	1
Administrativo	Administración	2
	Téc Adm	1
Gestión de cambio	Trabajo Social / Profesional	1
	Medicina	1
	Enfermería	1
	Medicina	2
Desarrollo de las Redes RIPSS	Enfermería	1
	Planificación	1
	Ingeniería	1
	Economía / Economía de la Salud	1
Desarrollo elementos FPSS	Promoción de salud	1
	Administración	1
	Administración / Planificación	1
	Medicina	2
UNIBE	Enfermería	1
	Trabajo Social / Sociología	1
	Administración	1
	Medicina	1
	Total	25

20)

RECURSOS HUMANOS IMPLEMENTACION REDES

Equipo conductor	Cantidad
Medicina	3
Enfermería	3
Administrativos	2
Trabajo Social/Educación/Promoción de Salud	2
Registros y Estadísticas de Salud	1
Odontología	1
Farmacia	1
Nutrición	1
TIC	1
Total	15

21)

Beneficios esperados



22)

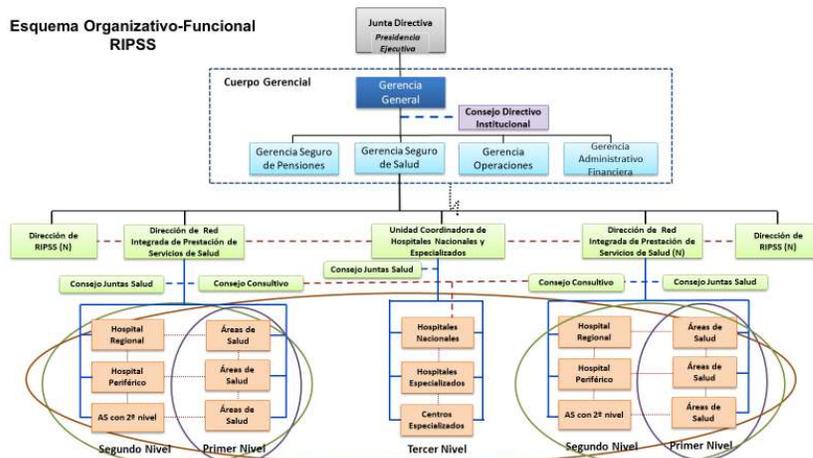
Propuesta



- Expediente único en salud -información sigue al paciente.
- Modalidades innovadoras atención/gestión - evita desplazamientos.
- Mejor seguimiento-continuidad de la atención-protocolos, guías clínicas.
- Optimización de los recursos – Horarios de atención - Uso tecnologías (teleasistencia)
- Participación de la población en entornos saludables y el autocuidado de su salud.

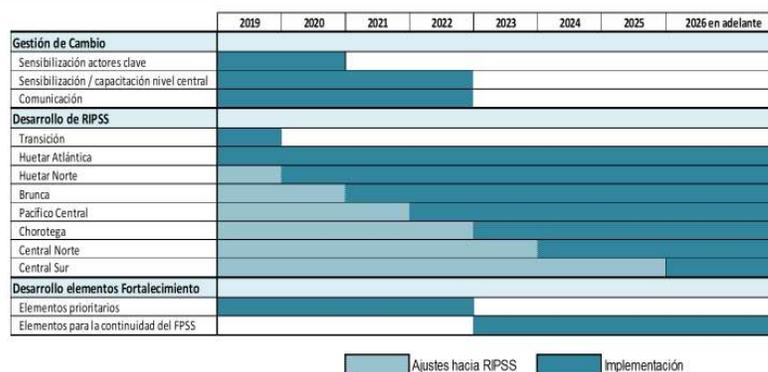
23)

Esquema Organizativo-Funcional RIPSS



24)

Cronograma



25)

Costos de sustituciones

	2019	2020	2021	2022	2023
Programa FPSS	596,8	776,5	799,8	823,8	848,5
Redes Integradas	507,1	522,3	537,9	554,1	570,7
Costo total de sustituciones	1.103,9	1.298,8	1.337,7	1.377,9	1.419,2

(*) Proyección de aumento servicios personales de 3% anual.

Fuente: Equipo Director Proyecto FPSS, con información de Dirección de Presupuesto, Recursos Humanos y ETP Redes

26)

Costos de la implementación (2024-2030)*

	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030
Servicios Personales Variables	1.461,8	1.505,6	1.550,8	1.597,3	1.645,3	1.694,6	1.043,6
Servicios No Personales	377,6	339,8	318,2	329,1	339,2	310,2	300,4
Materiales y Suministros	26,8	27,9	29,0	30,2	31,4	32,6	34,0
Equipamiento	12,5	13,0	13,5	14,0	14,6	15,2	15,8
Nuevos Gobiernos de RIPSS	1.478,7	1.559,6	3.291,7	5.213,8	7.345,3	7.766,2	8.216,7
Costo total de implementación	3.367,4	3.445,9	5.203,2	7.184,4	9.375,8	9.818,9	9.610,5

(*) Costos de partidas de Efectivo, en millones de colones.

La estimación del costo no incluye la inversión para reducción de las brechas en cada Red.
Proyección de aumento servicios personales de 3% anual, demás en 4% anual.

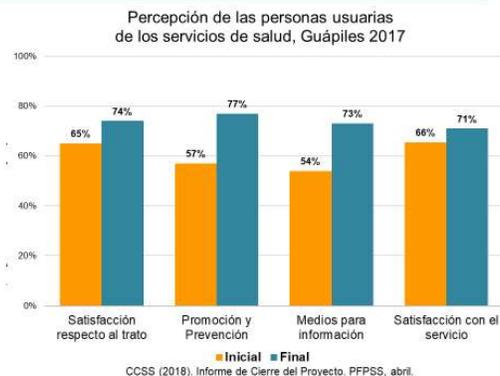
Fuente: Equipo Director Proyecto FPSS, con información de Dirección de Presupuesto, Recursos Humanos y ETP Redes

El licenciado Juan Antonio Sancho se refiere a la consulta referente a los costos totales del proyecto. (se retoma la diapositiva de costos)

27)

Resultados del proceso de validación

- Posicionamiento del FPSS en la Región HA
- Estímulo para fortalecer la gestión
- Empoderamiento de gestores locales
- Concientización de las personas para mejorar la atención



Directora Abarca Jiménez:

Buenas tardes a todos, bienvenidos, el doctor está atendiendo una llamadita podemos empezar en cuanto esté lista.

Dra. Sánchez Montero:

Bueno, muy buenas tardes. Primero agradecerles el espacio que nos dan para presentar el día de hoy la atención de uno de los acuerdos de la Junta Directiva de las sesión 9000 del 12 de noviembre del año 2018, en relación con la continuidad del proceso de fortalecimiento de la prestación de servicios de salud, mi nombre es Rocío Sánchez Montero soy la Directora del Proyecto de fortalecimiento de la prestación de servicios y no había tenido el gusto de participar tanto con don Christian como con doña Marielos y por eso me presento, creo que era la única persona del grupo que no se había presentado. En realidad nos corresponde, como lo decía la atención de este acuerdo, pero muy brevemente quiero hacer un énfasis en algunos antecedentes que datan del 01 de marzo del 2018 en una de las sesiones de Junta Directiva precisamente en la 8961. La Junta Directiva manifiesta que en consideración del interés que priva, para la continuidad del proceso de fortalecimiento de la prestación de servicios de salud, instruye a instancias técnicas de la Institución para atender el tema en razón del momento que se tenía respecto de la reestructuración institucional y a las formas de organización institucional. Es así como se elaboró por parte de la instancia técnica institucional un perfil funcional, acorde al programa de fortalecimiento de la prestación de servicios de salud y también se pidió la intervención de la Dirección del Proyecto de Reestructuración Institucional en aras de valorar cuál iba a ser la posición del proyecto de fortalecimiento en la nueva estructura organizacional. Es así como la Dirección del proyecto mediante un oficio redacta la necesidad de que el proyecto siga adscrito o se adscriba a la Gerencia General en el momento en que se implemente el proceso de reestructuración institucional. Otro de los antecedentes importantes de mencionar es que mediante oficio 0BFF-060 en Mayo del 2018 esta Dirección del proyecto junto con su equipo que le conforma entregaron a Junta Directiva el informe de cierre de proyecto de validación, que se

realizó en la región Huetar Atlántica, que fue escogida por la Junta Directiva como la zona de modelaje o zona demostrativa, donde se desarrollaba el proyecto en su fase de validación. Otro antecedente, que es también importante mencionar es que el 23 de julio del 2018 también fue presentado por la Dirección de Proyectos el informe del Proyecto de Fortalecimiento en su versión validación, es decir, la validación que se hizo en la Región Huetar Atlántica y la propuesta de continuidad del proceso de fortalecimiento en el resto del país. Así las cosas, en la sesión, lo que nos trae hoy es la atención del acuerdo primero de esa sesión 9000 del 12 de noviembre del 2018, donde la Junta Directiva acuerda trasladar a la Gerencia Médica, Financiera y Administrativa la propuesta de acuerdo que presentó el equipo director en ese momento para su análisis y que se presente una propuesta unificada a esta Junta Directiva, esto conllevó múltiples reuniones y sesiones de trabajo por parte de nuestro equipo de proyecto con las instancias técnicas gerenciales y los gerentes y a las personas que ellos nombraron en su representación para hacer una revisión exhaustiva de la propuesta de acuerdo y un análisis y atender por parte de la Dirección de Proyectos todas las observaciones y propuestas y como parte de esta atención, también se valoró, como habían acuerdos relacionados con la dotación de recurso humano, también entonces fue valorada en la estrategia de implementación los requerimientos que se habían venido desarrollando de conformación de equipos de trabajo, para la continuidad del proceso y se determinó además, el mecanismo jurídico que podía ser viable para su conformación, en aras de dar continuidad al proceso, no menos importante como antecedente hemos puesto este, en realidad en el Plan Nacional de Desarrollo 2019-2022 hay dentro del apartado de componentes, que se relaciona con salud y Seguridad Social hay 2 metas. Buenas tardes, ¿cómo está doctor? Hay 2 metas que se relacionan directamente con la continuidad de este proceso y son precisamente estas que indican la necesidad de mejorar la prestación de los servicios de salud, para responder a las necesidades de la población, mediante un enfoque centrado en las personas y organización en redes integradas y la otra meta que también es relacionada con esta, es desarrollar el Plan de Gestión para la implementación de la red integrada de prestación de servicios de salud Huetar Atlántica o Huetar Caribe, que también está en concordancia con el programa por resultados del Banco Mundial, ya que este específicamente constituye el indicador 4 de desembolso, por un monto de sesenta millones de dólares, de los cuales ya fuimos evaluados por la entidad verificadora OPF en el mes de octubre del 2018, estando conforme y a satisfacción el cumplimiento del primer índice de ese indicador que generó o que generará la suma de treinta millones de dólares. Así las cosas se hizo un abordaje de los principales elementos para la continuidad del fortalecimiento, basado en la solicitud de ustedes señores directivos. En relación con cada uno de los acuerdos, que se estaban proponiendo: en primer lugar la aprobación de la continuidad del proceso de fortalecimiento a partir de los documentos base, tres de ellos que son importantísimos o fundamentales para la continuidad y que están en concordancia, tanto con lo que se dicta en las metas del Plan Nacional de Desarrollo (PND), como en el Plan Institucional y en el programa de resultado y este tiene relación con la necesidad de aprobación del marco conceptual y estratégico del fortalecimiento de la prestación de servicios de salud y también con la definición y conformación del gobierno de las redes integradas de prestación de servicios de salud y finalmente con la estrategia de implementación institucional de procesos de fortalecimientos, en realidad todas las instancias gerenciales están de acuerdo en que se requiere y es necesaria la aprobación documental, que sea la base para poder continuar desarrollando este proceso. En segundo lugar la creación y desarrollo de las redes integradas de prestación de servicios de salud como forma de organización de los servicios de salud, en realidad este tema no es nuevo, hace algunos años, desde hace varios años las autoridades institucionales han venido por este proceso, hemos pasado por el proceso y hay

evidencia, incluso internacional que las redes integradas de servicios de salud tienen implicaciones y resultados favorables en costo-beneficio para los servicios de salud y sobre todo para la población. Entonces con ese marco, porque hay un marco conceptual internacionalmente validado y con el apoyo incluso de la OPS en el Banco Mundial, pues nosotros también hemos venido desarrollando los instrumentos tropicalizándolos para nuestro país, conjuntamente con las autoridades y los prestadores de servicio y la participación de la población en la región Huetar Atlántica. Eso entonces ha sido de gran valor y de gran importancia, para poder probar cómo una forma de gobierno, para las redes integradas de servicios de salud es consecuente con acciones concretas, que realmente se puedan realizar y que a la postre traerán beneficios para la población en el ámbito de la prestación de los servicios de salud y para la Institución. Nosotros incluso hemos presentado antes algunos resultados que se obtuvieron del proceso de validación en la región Huetar Atlántica, que así van sobre la marcha y a irse incorporando para poder obtener algunos beneficios a plazo. Obviamente, este es un proceso paulatino, ningún país ha desarrollado todas las acciones a la vez, sino que es paulatino y gradual, pero nosotros ya lo iniciamos en la región Huetar Atlántica, en concordancia con los tiempos que se tienen del programa por resultados, y hemos visto y la población lo ha visto así también, como una actividad beneficiosa. En este sentido entonces, el tercer punto que fue desarrollado incluso con las instancias técnicas de la Gerencia Administrativa se relaciona con la necesidad de elaborar los manuales de organización y funciones de la Dirección Integrada de la Red para poder que realmente funcione, y esto nos vendría ayudar muchísimo a poner en orden algo que tenemos pendiente desde hace 40 años y se relaciona incluso a informes de la Auditoría, ahora que está aquí el señor auditor, hay algunos recientes donde hacen evaluaciones hay también de la Contraloría General de la República, donde hacen anotaciones al respecto del quehacer de las Direcciones Regionales de Servicios de Salud, las cuales carecen de un manual de funcionamiento y de operación y entonces con esta forma de organización también es un insumo fundamental para la Institución, para ir ordenando las acciones, pero también empoderando a los gobiernos en las redes de poder tener una posibilidad de gestionar los recursos hacia las redes. En este campo entonces, el cuarto tema que fue tratado ampliamente fue la implementación de la red Huetar Atlántica que esa, bueno, que es sí o sí, porque es parte de la Ley General de la República que está acorde con el préstamo, con el Banco Interamericano de Reconstrucción (BIR), en relación con la implementación de la red Huetar Atlántica al 2022, momento en el cual tiene que estar implementada, evaluada y sus resultados difundidos al público. En ese sentido además, la necesidad de la conformación de una instancia conductora del proceso de fortalecimiento, para poder irlo dimensionando, ya no solamente en la región Huetar Atlántica, sino en el resto de las redes y para ello se tomaron en cuenta entonces, los documentos técnicos que como les había mencionado en los antecedentes habían hecho las instancias técnicas institucionales competentes, es decir, el perfil, a partir del perfil funcional del programa y a partir de la subadscripción a la Gerencia General, como lo determina su oficio la Dirección del Proyecto de Reestructuración y finalmente, el análisis de recursos para la implementación institucional y la definición del método de la conformación. Uno de los artículos, uno de los acuerdos propuestos en el mes de noviembre se refería a que para la continuidad del programa y para la implementación de las redes era requerido recurso humano nuevo, en realidad no es que no se requiera, pero también entendemos las circunstancias en las cuales está el país y la Institución y se ha hecho un análisis exhaustivo y se estudiaron y analizaron todas las opciones posibles y se ha llegado a la conclusión de utilizar el método que se está valorando, o que ya está en utilización, donde hay acuerdos de Dirección Jurídica y está normado a través de una serie de disposiciones la posibilidad de sustitución de personal, básicamente hemos definido líneas de acción en componentes y esto está acorde con la

estrategia de implementación institucional, para la implementación de todo el proceso a nivel institucional. Las voy a mencionar brevemente, un proceso de conducción y apoyo administrativo, evidentemente tiene que haber una dirección que además se encargue de la conducción y el seguimiento, evaluación y rendición de cuentas, esa direccionalidad sería a través del programa, igual un componente muy valioso de gestión de cambio, porque lo que se tiene que transformar es la prestación de los servicios de salud, es una acción, es una actividad muy compleja es dinámica y todas las instancias de la Institución, todos tienen que estar involucrados en este proceso y entonces se debe acompañar de un componente muy importante de sensibilización, comunicación y capacitación y lo otro no menos importante, es el desarrollo de las redes que en sí conlleva el diseño del desarrollo de cada una de ellas como un proyecto, porque además está clarísimo en los documentos técnicos, que las Direcciones Regionales son diferentes, son heterogéneas y se gestionan de forma diferente. Con este ordenamiento hay que dar además un acompañamiento importante a la región Huetar Atlántica en la implementación como red y acompañar el desarrollo de las nuevas redes o de las otras redes, y finalmente el desarrollo de los elementos, para el fortalecimiento, puesto que la prestación de los servicios de salud es continua, pero también es dinámica y hay que estar al día con los análisis de tendencias. Cuando se hicieron los primeros documentos técnicos en los años 2012-2013 a la fecha ya cambiaron y se han incorporado muchos conceptos, que no existían en esa fecha y hay lineamientos internacionales que todos los países debemos de, además, no solamente de analizar, sino de incorporar en nuestro quehacer y entonces se requiere análisis de tendencias y el diseño y el desarrollo de nuevas herramientas y métodos constantes, para ir adaptando la tecnología. Por ejemplo, el uso tecnológico en la prestación de los servicios de salud, cómo incorporar más acciones ambulatorias de la atención, verdad, que sean alternativas a la hospitalización, donde ya sabemos que las personas se recuperan más rápido sobre todo junto a sus familias y seres queridos y además, la institucionalización de las Áreas de Salud que están siendo administradas por UNIBE. Como ya sabemos hay una fecha para poder lograr este proceso de institucionalización que es el 18 de febrero del 2020 y por instrucción de ustedes señores directivos, nosotros estamos acompañando ese proceso también, en este sentido aquí tenemos la necesidad de recursos humanos, para la conformación de la implementación del proceso de fortalecimiento a nivel institucional y básicamente, a partir de cada uno de los componentes que desarrollaba anteriormente, solamente separando aquí UNIBE que estaba acá, para que podamos ver cada una de las personas o de grupos de personas, esto sería a través de equipo de trabajo. Nosotros creemos en la multidisciplinariedad ya lo probamos en la región Huetar Atlántica, no creemos que esto es una cosa de médicos, ni de enfermeras, es de todos, el personal administrativo es igualmente importante en este proceso y por lo tanto, la conformación de los equipos de trabajo es multidisciplinaria, no interdisciplinaria, si se pudiera ojalá, pero está realmente hecho a conciencia, ustedes pueden ver en el oficio del señor Gerente General una desagregación por cada uno de los componentes de las principales actividades que realizarían estos equipos de trabajo, verdad, creo que fue hecho a conciencia, incluye la participación de los recursos humanos que ahora tenemos en el proyecto, que están todos en calidad de préstamo de diferentes unidades de origen, es importante que en este caso no todas las personas estarían siendo sustituidas a la vez, es decir, es probable que algunos equipos de trabajo, dependiendo de las funciones que se asignen por los tipos de perfil, sea requerido que un funcionario pueda ser sustituido 2-3 meses y luego regrese a su unidad de trabajo, es decir, esto es dinámico no es que todos van a estar siendo sustituidos a la vez y trabajando a la vez. También hemos hecho un análisis incluso con la participación e involucramiento del equipo, que está implementando la red Huetar Atlántica, que han participado a partir de la experiencia y las lecciones aprendidas que

tuvimos durante la parte de validación y conjuntamente con ellos hemos definido los perfiles profesionales, que se requerirán en cada una de las redes, para poder implementar o por lo menos el inicio de la implementación de las redes en cada Región, aquí tenemos los perfiles y van acorde con un proceso de conducción y planificación, la gestión del cambio, el desarrollo de los 14 atributos que convienen o que conforman las redes integradas de servicio de salud, son 14 atributos y cada uno de ellos es bastante complejo, ya se tiene levantada la línea de base en la región Huetar Atlántica y se creó el instrumento de levantamiento de la línea de base, que va a servir como insumo para el resto del país y para el resto de las regiones, ya se tiene y se tiene adaptado a la necesidad nacional institucional y además, la sistematización de resultados y divulgación, que es un proceso bastante dinámico y que acompaña a todo el seguimiento, monitoreo y evaluación, básicamente el fundamento jurídico es el oficio de la Dirección Jurídica que emitió un criterio precisamente, en el mes de marzo del 2017, a raíz de una consulta de la Junta Directiva en ocasión precisamente, de una presentación que hicimos nosotros en el proyecto de fortalecimiento de la prestación de servicios de salud, que habíamos visto como una alternativa en esa época está la figura y que es viable desde la perspectiva legal o desde la óptica legal, que la Junta Directiva a través de un acuerdo respectivo, autoriza las dependencias administrativas nombrar sustituto en el mismo código de plaza, con este fundamento y esta hoja de ruta, que hemos trazado para mostrarles a ustedes el día de hoy, donde hemos previsto una fase de transición que conllevara la conformación de los equipos de trabajo y la elaboración del plan de gestión del programa, junto con la elaboración por las unidades técnicas institucionales de los manuales operativos de las redes para asesoramiento de las Direcciones de redes como órganos de gobierno de la red y el componente de gestión del cambio, así como el inicio de la implementación de la red Huetar Atlántica, en concordancia con los indicadores del Banco, que por cierto el 25 y 26 estarán haciendo una visita evaluativa, es la cuarta que hacen a la región, ellos siempre han ido dando seguimiento a este proceso, eso para 2019; y entre el 2020 y 2022 tener fase de ejecución, que aunque no esté concluida, porque aquí vemos que continúa en el 2023 y 2025, ya tengamos no solamente la conformación de los equipos en las nuevas redes o en las redes siguientes, además de la región Huetar Atlántica con su plan de gestión en cada una y el inicio de implementación, algunas como esto es gradual y paulatino, algunas irán en grados diversos de avance de la implementación de sus planes, así como el desarrollo del producto que es otro componente, y la red Huetar Atlántica es implementada y evaluada como lo dicta el Banco; entre el 2023 y 2025 ya habremos tenido los resultados de la evaluación del Banco y de la OPF, que probablemente con lo cual va a ser un insumo fundamental, para hacer ajustes en la implementación de la red y por lo tanto estaríamos incorporando en este proceso en estos años las redes más complejas, que son la Central Norte y la Central Sur, pero que ya han iniciado su fase de implementación y probablemente los ajustes van a ser mayores en estas por ser las de mayor complejidad, y hacia el 2026 iniciar la fase de consolidación que implicará el cierre progresivo de las brechas de recursos y aquí estamos hablando no solo de los recursos humanos, ya hemos presentado en esta Junta Directiva algunas brechas importantes que tienen las regiones, la conformación en su primer nivel, por ejemplo, de los equipos de salud que a través de la implementación del modelo readecuado de atención no concluimos el primer nivel de atención y si pretendemos mejorar la capacidad resolutoria, que realmente nos oriente o nos reoriente que sea una prestación de servicios de salud, que responda las necesidades de la población, pues tendríamos que hacer algunos ajustes importantes en ese sentido y por eso, lo hemos puesto para que realmente esa brecha sean determinadas por cada uno de los gobiernos de la red, junto con las unidades prestadoras de servicio y con la población, de manera que tengamos certeza de que esas son las brechas que tenemos que cubrir. Y además, hacer acompañar por el proyecto que está

desarrollando la Dirección de Planificación y la Gerencia Financiera, en relación con la asignación de recursos a las redes, que obviamente ellos van a empezar por otras acciones que son intermedias o iniciales, para llegar a tener una asignación de recursos a las redes, basada en resultados y ajustada por riesgos. Finalmente, en los costos de implementación esos ya habían sido presentados en la sesión de noviembre, no obstante, hemos hecho ajustes en los cronogramas y también, en las partidas de servicios personales asociadas a la posibilidad de sustitución del personal, básicamente partimos de que las regiones ya tienen costos asociados, ellos tienen sus presupuestos y sus planes operativos y su plan presupuesto y por tanto esos no serían los costos que hubiese que asumir para las nuevas redes, porque ya tienen ellos unos costos asociados, la propuesta de acuerdos que traemos a consideración de ustedes se fundamenta contemplando los considerandos que fundamentan, tanto el proceso de reforma de sector salud y el modelo readecuado de atención, que datan de los años 90, en 1993 y que promueven o a través de los años siguen siendo garantía y sientan los precedentes, para promover el fortalecimiento de la prestación de servicios de salud y también, lo fundamentamos en la decisión institucional de transformar la prestación de los servicios de salud hacia un enfoque centrado en las personas, las personas en el centro del quehacer institucional, en concordancia con nuestra misión y con la imagen objetiva de la Institución y que la necesidad de continuar con el proceso, que ya se inició, de implementación de las estrategias para el fortalecimiento de los servicios de salud y tomando como forma de organización las redes de servicio de salud, básicamente, la importancia también de conducir el proceso y que la complejidad y la responsabilidad de especialización de la conducción de este proceso, pues pueda disponer de una autoridad formal, que pueda coordinar en forma intergerencial y articulada el desarrollo de las acciones. Aquí tenemos para presentación a su valoración el acuerdo primero: El acuerdo primero se relaciona directamente con la aprobación de la continuidad del proceso de fortalecimiento de la prestación con la declaratoria de interés institucional, tal cual había sido declarado en abril del 2015 por la Junta Directiva el proceso de validación y además, la aprobación documental de los tres documentos que mencioné al inicio, que son la base para la continuidad del proceso, que son el marco conceptual y estratégico, la definición y conformación del gobierno de las redes y la estrategia de implementación institucional y que se trasladen estos documentos a las gerencias y sus dependencia y a la Dirección del Proyecto de Reestructuración, que esto fue también discutido con las instancias técnicas de las gerencias, en razón de la necesidad de que sean tomados en cuenta, para poder articular todo lo que va a ser la organización de la prestación de los servicios de salud desde la base, es decir, desde el nivel local prestadores de servicios con su gobierno de la red y la articulación con el nivel central. Paso al otro, el segundo acuerdo se relaciona con la necesidad de aprobación del desarrollo de las redes integradas de prestación de servicios de salud y aquí enfáticamente, el fundamento técnico está en los documentos técnicos, que se prepararon para este fin y que además, es importante reconocer que algunas de las o muchas de los contenidos de ellos ya han sido valorados conjuntamente con instancias técnicas intergerenciales, de manera que las competencias y funciones a trasladar o a delegar, incluso ya han venido siendo analizadas, básicamente en esto hay una cosa importante y es que nosotros partimos de los espacios territoriales que hoy se tienen, en materia de la prestación de los servicios de salud hoy tenemos sectorizado el país en regiones, son siete regiones de salud y lo que queremos partir para que el cambio no sea tan abrupto y sea realmente gradual y paulatino, es la delimitación territorial que se tiene a nivel institucional en materia de prestación de servicios de salud, conformando entonces las siete regiones que tenemos hoy en redes integradas de prestación de servicios de salud y también, queremos en aras de la economía institucional utilizar los recursos que ya se tienen y tenemos unidades administrativas, lo que pasa es que tenemos unidades administrativas

en las regiones, que no tienen clara su función y queremos partir de esa organización institucional y territorialización, para poder ir paulatinamente progresando hacia las funciones y competencias de las redes de prestación de servicios de salud, por eso es que sometemos a su consideración la aprobación en ese sentido de la conformación de las redes integradas y el cambio de nomenclatura, que inicialmente la nomenclatura en aras de que se tengan los manuales de funciones y las competencias a gestionar, por parte de las redes de las Direcciones Regionales actuales y que paulatinamente, estas se vayan convirtiendo en las redes, en los gobiernos de la red, las redes son las regiones actuales o sea se parte de ellas, probablemente en el transcurso del tiempo las dos regiones centrales van a tener que subdividirse, porque ya sabemos que son ingestionables e inmanejables, pero eso conllevará un poco más de tiempo y conformar entonces para el inicio, que las Direcciones Regionales se denominen Direcciones de Red Integradas en Prestación de Servicios de Salud y paulatinamente junto con las instancias y competencias intergerenciales convertirlas en esas “Direcciones o Gobiernos de la Red”, básicamente, este acuerdo tendría que tener asociado el dejar sin efecto el acuerdo del año 1978, en el cual se conformaron las Direcciones Regionales y la nomenclatura, y otro acuerdo perdón, que lo olvidaba, del 2008 donde se oficializa la nomenclatura de tres redes de servicios de salud que son la Red Noroeste, la Red Este y la del Sur. Paso al siguiente: El acuerdo tercero se relaciona directamente con el anterior y es que precisamente, si solo cambiamos la nomenclatura y nos quedamos por ahí ,no vamos a poder realmente dar ese salto de lo que hoy tenemos a lo que queremos y ese trata entonces de instruir a la Gerencia Administrativa, para que conjuntamente con sus instancias técnicas y competentes y el proyecto o el programa de fortalecimiento desarrollen los manuales, el manual de organización y funciones de las Direcciones Integradas de Red de Servicios de Salud y los perfiles de puestos definidos o requeridos de acuerdo con el documento técnico que conlleva la definición o que describe el detalle de la definición, conformación y funcionamiento del gobierno de las redes, sin esto nosotros no podríamos avanzar en el proceso de fortalecimiento, porque tendríamos las mismas direcciones regionales solo que con otro nombre y sin saber cuáles son sus funciones por eso es muy importante y se ha convenido incluso con los técnicos en un plazo de 6 meses. El artículo cuarto se relaciona con la declaración de la implementación de la región Huetar Atlántica convertida en Red como un proyecto especial, de manera que podamos a nivel de la Institución todas las instancias gerenciales, apoyarlos y acompañarlos a ellos en su quehacer que hay que cumplir en concordancia con lo que dicta el Banco Mundial y aquí está la motivación del porqué considerarla como proyecto especial y la necesidad de acompañamiento y asesoría al equipo, que hoy nos acompaña, el Dr. Wilman Rojas que es el director de esa región, en todo lo que va a ser la implementación o la continuidad de la implementación y esto en virtud del indicador del desembolso del programa por resultados. El acuerdo quinto es la aprobación, someter a su consideración la aprobación del programa de fortalecimiento de la prestación del servicio de salud adscrito a la Gerencia General y con criterio técnico vinculante para la conducción, acompañamiento y seguimiento del proceso a nivel institucional y además que se posibilite que el programa conserve la unidad ejecutora, que ya tiene para efectos de poder asignar el presupuesto requerido y que se cuente con los recursos para su funcionamiento y además, que se pueda instruir por parte de ustedes, señores directivos, a la Gerencia General la realización del nombramiento del director del programa, esto por cuanto la suscrita fui nombrada por la Junta Directiva en la sesión del 8826 del 18 de febrero del 2016 y que era para el periodo del proyecto de validación de la reforma, siendo entonces el programa a ser una instancia adscrita a la Gerencia General se posibilite al señor Gerente General la realización del nombramiento del director o directora del programa y el acuerdo sexto, que es la autorización al director o directora

del programa para la sustitución de los funcionarios, que sean requeridos de acuerdo con la presentación, para el funcionamiento del programa y además a las Direcciones de Red de Prestación de un máximo de esos 15 funcionarios, que se requieran para el desarrollo paulatino del proceso de fortalecimiento en cada una de las regiones y considerar al programa para estos efectos, como proyecto especial de manera que se posibilite el desarrollo de la sustitución en las instancias que se cuente con funcionarios, que puedan realizar las funciones de los planes de trabajo y que además, esta sustitución sea por un periodo de 3 meses, que podría ser prorrogable y en el caso de las prórrogas posteriores a un año, que deban ser autorizadas por la Gerencia General obviamente, en cumplimiento y debidamente justificadas y fundamentado en los planes de trabajo. Esa sería la propuesta de acuerdos, yo solo quisiera mencionar, perdonen, que lo más importante en este proceso es la población y la población es nuestra razón de ser, que es nuestra misión institucional y nosotros en la región Hueta Atlántica y en múltiples experiencias que están desarrollando en otras zonas del país, realmente se requiere, la población lo demanda, los mismos funcionarios demandan cambios en la prestación, tenemos no a las puertas, ya muchos de nosotros somos víctimas de la edad y de las enfermedades crónicas y esto tenemos que siempre pensar en que sigue y en cómo nosotros como Institución podemos afrontar los retos de la población por los cambios demográficos y epidemiológicos y además, tomar en cuenta que las necesidades son amplias, pero también están territorializadas, es decir, las necesidades de la población de San José no son las mismas que las poblaciones periféricas de las zonas rurales, es una motivación para estos efectos y además agradecerles todo el apoyo, que siempre me han dado a mi como directora del proyecto y al equipo que me acompañó desde principio y fin y algunos se incorporaron paulatinamente en este proceso, muchas gracias, eso sería.

Doctor Macaya Hayes:

Muchas gracias, Dra. Sánchez. (...) Don Christian.

Director Steinvorth Steffen:

Quisiera preguntarle, ¿los 15 funcionarios son o van a provenir o provienen de gente que ya trabaja en la Caja?

Dra. Sánchez Montero:

Sí señor, absolutamente todos los recursos son de personal de la Institución.

Director Steinvorth Steffen:

Entonces, digamos ya la parte presupuestaria de todo está digamos, previsto.

Dra. Sánchez Montero:

Está previsto en el análisis de costos los requerimientos en función de los perfiles de los puestos, sí señor, todos los funcionarios son institucionales.

Director Steinvorth Steffen:

“Ok” y la otra, ¿todo esto está incluido en el Plan de Reestructuración?

Dra. Sánchez Montero:

El Plan de Reestructuración está en el ámbito central, es decir ellos están analizando todo el proceso, implementado o van a implementar el proceso de reestructuración en el ámbito central. En realidad este proyecto parte de la organización de la prestación de los servicios de salud con un nivel intermedio, que sería el gobierno de las redes y tiene que articularse definitivamente con el proyecto de reestructuración, no es uno parte del otro, sino que son articulados.

Ing. Steinvorth Steffen:

Ya.

Dra. Sánchez Montero:

Es decir, uno sin el otro no se vería, verdad y se requiere eso sí siempre mantener la articulación. Lo que sí hemos hecho siempre ha sido una coordinación muy expedita, desde incluso con el Centro de Investigación y Capacitación en Administración Pública (CICAP) que fue la instancia anterior de manera que no riñe, absolutamente nada de esto del planteamiento de la organización de la prestación con niveles intermedios y más bien lo que seguiría si se aprueba esta parte del proceso, es ahora sí juntar para realmente tener la articulación de cómo sería vinculado esto con la reestructuración del nivel central.

Directora Steinvorth Steffen:

Gracias.

El doctor Macaya Hayes le da la palabra a doña Marielos.

Directora Alfaro Murillo:

Christian, es que todos son funcionarios, pero las plazas hay que reponerlas, es que entendí tu pregunta, claro todos son funcionarios, pero los presupuestos que nos presentan en la parte de servicios personales son porque hay que sustituirlos, me entendés.

Dra. Sánchez Montero:

Ellos están, tal vez si le puedo ampliar, ellos todos son funcionarios de la Institución, el asunto es que se requiere, digamos, que ese funcionario, voy a ponerme yo como ejemplo, tal vez queda más claro, yo tengo mi plaza o mi puesto de trabajo en una dirección de sede de la Gerencia Médica mi puesto está ahí, mi plaza en propiedad está ahí y yo estoy trasladada al proyecto es decir, la unidad de origen de mi plaza que es esa Dirección de Sede me traslada al proyecto y la necesidad es que mis funciones en esa unidad alguien las tiene que hacer, entonces es la posibilidad de que yo me pueda trasladar con mi plaza o con el código que yo ocupó a este proyecto, pero el Director o la Directora de Sede de la unidad de donde estoy yo pueda tener la

posibilidad de sustituirme para que otra persona haga mis funciones en el puesto original así con cada uno de ellos.

Director Steinvorth Steffen:

A ver si entendí correctamente, al final de cuentas la Caja tiene que contratar 15 personas nuevas.

Dra. Sánchez Montero:

Pues son funcionarios de la misma Institución, es decir algunas otras personas que sustituyen vamos a ver, digamos, los sustitutos de los que podríamos trabajar en el programa o en el proyecto verdad siguen siendo funcionarios de la Institución, se desplazan de otras unidades.

Directora Steinvorth Steffen:

No correcto, pero digamos es una cadena.

Dra. Sánchez Montero:

Es una cadena.

Director Steinvorth Steffen:

Se necesitan 15 aquí y se sustituyen 15 acá y a final de cuentas hay que contratar 15.

Dra. Sánchez Montero:

“Mmmm” no.

Director Steinvorth Steffen:

¿No?

Dra. Sánchez Montero:

No sé si la Licenciada Laura Esquivel (...). nos quiera ampliar un poquito, si es posible.

Directora Alfaro Murillo:

Nuevamente, eso está incluido en el cuadro en la tabla tres de costos, el programa está previsto del 2019 al 2030 y estamos hablando de un costo total de más o menos cincuenta y cinco mil millones de colones, eso dice el cuadro.

Dra. Sánchez Montero:

En esta tabla nosotros pusimos hasta el 2023 que son mil cuatrocientos, perdón, mil ochocientos cuarenta y nueve millones de colones al 2030, bueno, es que lo tenemos partido.

Directora Alfaro Murillo:

Si, pero lo que pasa a partir del 2024 ese monto se duplica, pasa a tres mil seiscientos millones de colones casi, a partir del 2026 son cinco mil doscientos millones de colones y a partir del 2028, 29 y 30 son casi diez mil millones de colones por año, en total estaríamos aprobando hoy, nada más para tener claro, estaríamos aprobando cincuenta y cinco mil millones, o sea, es un proyecto de 11 años, aquí planteado por cincuenta y cinco mil millones de colones, nada más para tenerlo claro.

Ing. Juan Antonio Sánchez:

(...) Que es un poco digamos está basado en la propuesta de gobierno de red o conformación de redes. Entonces, ahí sí a partir del 2024 se espera que ya se conformen nuevos gobiernos de redes a partir de las Direcciones Regionales Centrales entonces ahí sí, tendrán que ser digamos, un costo nuevo, porque no es el costo operativo que hoy tienen las Direcciones Regionales, al crear nuevas hay un costo operativo, donde que se va a sumar, nosotros como es un poco difícil costear por ejemplo de la plantilla que tienen cuáles yo divido, verdad, porque la plantilla de una Red Genérica andaba por 45 funcionarios, hoy las Direcciones Regionales tienen 50, 60, 70, entonces, para efectos de costeos, se costó como si fuera una Red nueva con los 45 funcionarios nuevos, verdad y un presupuesto nuevo, pero ahí hay un efecto, que luego tendrán que analizar de los funcionarios que se puedan, digamos, trasladar y de costos que se puedan venir, eso es muy difícil hacer hoy un cálculo de eso, porque entran a jugar otros factores, pero básicamente la diferencia es por eso, por la generación, digamos, que tendría digamos de acuerdo con la propuesta de conformación de gobierno de redes del nuevo gobierno de red, verdad.

Dr. Cervantes Barrantes:

(...) Es muy fácil, Heredia y Alajuela recordemos que Heredia tiene todo el equipo y en Alajuela creamos una nueva red, entonces a Alajuela hay que darle todos los recursos en ese tiempo para que se cree esa red, pero tal vez volviendo a la sustitución, en cada primer tiempo va a ser diferente, digamos, se inicia con 25 funcionarios, si queremos ya implementar en Limón son 15 funcionarios adicionales, y si queremos implementar en otra parte son 15 funcionarios adicionales, pero no es que cada lugar va a tener 15 funcionarios al mismo tiempo, es decir, en el periodo de tiempo si en tres meses ya Limón se terminó de acomodar, todos esos funcionarios vuelven y todo sigue caminando, es decir, es solo para implementar, si uno hace recuerdos de cuánto nos costó implementar los EBAIS esto no tiene punto de comparación, porque para los EBAIS tuvimos que contratar muchísimos funcionarios para poder hacerlo, esto más bien al contrario y no es por hacer comercial, pero ¿cuánto fue lo que nos va a dar el Banco Mundial con la evaluación?

Dra. Sánchez Montero:

Sesenta millones de dólares.

Dr. Cervantes Barrantes:

O sea, es un proyecto que más bien en lugar nos está produciendo, o sea, nos está dando frutos desde ya y los frutos mejores vendrán cuando ya se implemente el sistema.

El doctor Macaya Hayes le da la palabra a doña Fabiola.

Directora Abarca Jiménez:

Tengo una pregunta, que no sé si fue que no le entendí bien al compañero que explicó lo de los costos que le preguntaba doña Marielos, y bueno vamos a ver, la Dra. Sánchez explicó que se va a transformar las redes que tenemos ahorita que son siete en redes integradas en la prestación de servicios de salud, entonces cuáles son las redes adicionales que usted dijo que se crearían nuevas, si ya tenemos las redes, las siete redes definidas en todo el país.

Dra. Sánchez Montero:

Se lo explico yo, realmente bueno, en la propuesta ya nosotros habíamos presentado en las sesiones anteriores cuáles eran las posibles redes, efectivamente, nosotros estamos partiendo de las siete regiones del país para convertirlas en las redes, pero, como yo les explicaba, probablemente sobre la marcha de la implementación de esas redes, va a haber necesidad de subdividir las dos centrales, que es lo que explica el Dr. Cervantes ¿por qué? Porque las dos centrales en el análisis técnico que se hizo, en realidad son sumamente grandes, ya superan una el millón ochocientas mil personas y la otra supera el millón cuatrocientas mil personas, entre las dos la Central Norte y la Central Sur, que conforman dos de las siete regiones y lo que se prevé técnicamente es que esas dos regiones se van a tener que dividir y conformar redes adicionales, digamos, ya lo hemos presentado en los costos, pero sí está técnicamente definido que a plazo cuando se logren organizar esos dos gobiernos de la red, no hay duda que van a tener que subdividirse, un poco el ejemplo y lo pone el doctor respecto de la Región Central Norte en el cual ya hoy vemos que hay un conjunto de establecimientos de salud, incluyendo Áreas de Salud en el primer nivel y Hospitales, que tienen a cargo una área de adscripción claramente delimitada, todo lo que es Heredia de Alajuela, que no comporten ni recursos ni formas de gestión y además, que requerirá y que tienen particularidades en sus poblaciones que es muy probable, estamos seguros más bien de que requerirá dividirse esa región Central Norte de hoy en dos, y conformar dos redes, es decir desaparecería como Central Norte y se conforman la Rede de Heredia y la Red de Alajuela, es por eso, igual con la región Central Sur, que además es la más grande que ya supera el millón novecientos mil habitantes, esa región que hoy tiene a cargo más de 32 unidades, que también es ingestionable tiene, y hemos visto técnicamente, la necesidad de que probablemente en el tiempo va a tener que dividirse y hemos previsto técnicamente que es muy probable, que se tenga que dividir en cuatro, es decir, que pasaría de ser la región Central Sur hoy a conformar cuatro nuevas redes, por eso es que están y el compañero el Ing. Juan Antonio Sánchez lo ha explicado de esa forma, de que en el tiempo para efectos del costeo de una aproximación de costos, hemos incluido los costos de esas redes adicionales, que hoy no se tienen pero, efectivamente o sea lo que es cierto es que partimos de la regionalización actual, que son

siete regiones de salud y que las dos centrales van a ser motivo de análisis, para dividir las en nuevas redes.

Director Steinvorth Steffen:

¿Esto de alguna forma va a permitir ahorros en comparación con la forma que lo estamos trabajando actualmente o no necesariamente?

Dra. Sánchez Montero:

Sí, sí, porque hoy no son dimensionales, nosotros tenemos una experiencia que se hizo en la región Huetar Atlántica, que se hizo a través de una valoración de la Dirección Actuarial, donde pudimos dimensionar ahorros que ya se tienen respecto de la implementación de algunas modalidades alternativas a la hospitalización, creo que lo tengo por aquí verdad, tal vez lo muestro muy brevemente esto es por efectos de acciones de fortalecimiento de la prestación de servicios de salud, que se han venido desarrollando en la región Huetar Atlántica y aquí vemos por ejemplo, esta es una modalidad de atención que es el hospital de día, que es una forma de tener a las personas que requieren estar hospitalizadas, pero en su casa recibiendo el tratamiento ambulatorio hospitalario, por decirlo así, la experiencia que hemos desarrollado en el tiempo con la región Huetar Atlántica indica que, eso fue un estudio conjuntamente con la Dirección Actuarial, hay ahorros que pueden dimensionarse por el hecho de cambiar la forma en que se prestan los servicios de salud, si bien hoy no podemos tener claramente desarrollado cuáles van a ser esos ahorros, en qué específicamente, sí ya tenemos algunas acciones que ya están dando ahorros para la Institución, esos ahorros uno los podría reinvertir, verdad, es decir, quiere decir que con el costo de oportunidad, yo estoy pudiendo tener ahorros en esta modalidad y probablemente la Institución las va a reinvertir en otras necesidades institucionales, desde esa perspectiva se hizo el análisis.

Directora Abarca Jiménez:

¿La atención diferenciada?

Dra. Sánchez Montero:

La atención diferenciada del primer nivel es poner digamos tomar aquellas unidades que ya hoy tienen servicios de emergencias en el primer nivel y tratar de dar una atención oportuna a personas de la comunidad de esas Áreas de Salud, ahí mismo en el Área de Salud en la sede del Área en el servicio de emergencias dándoles una atención intermedia de manera que usted evita el traslado de esa persona al hospital para la atención hospitalaria y evita el internamiento, eso se está desarrollando en la región Huetar Atlántica y digamos que la ventaja que tiene es que la persona no tiene que trasladarse hasta el centro hospitalario y hay una coordinación entre los dos niveles de atención, el primero con el hospitalario para brindar esa atención más cercana al domicilio eso evita internamientos.

El doctor Macaya Hayes le da la palabra a la Dra. Solís.

Directora Solís Umaña:

Repítame otra vez lo del hospital de día polivalente.

Dra. Sánchez Montero:

Polivalente, el hospital de día polivalente es el hospital, es digamos esa modalidad de atención, y hemos llamado polivalente, y así está en la literatura, polivalente a aquella forma de atención de personas, que han estado hospitalizadas y requieren continuidad de su tratamiento hospitalario pero, en forma ambulatoria y polivalente es para diferenciarlos de los hospitales de día especializado como lo es el Blanco Cervantes, en razón de que es polivalente, porque las personas que puedan ser sujetas o beneficiarias de esa modalidad en los hospitales generales, pueden ser sujetadas de procedimientos que vengan de cirugía, de ginecología, de obstetricia, de pediatría, de medicina interna, es decir, de cualquier patología o tipo de especialidad médica o quirúrgica.

Directora Solís Umaña:

O sea, el paciente viene al hospital de día.

Dra. Sánchez Montero:

El paciente estuvo internado.

Directora Solís Umaña:

Sí estuvo internado sale y tiene que venir a la Institución.

Dra. Sánchez Montero:

Se egresa con un plan terapéutico y se desplaza de su domicilio.

Directora Solís Umaña:

“Ok”, es que le había entendido que iban al domicilio a hacerle.

Dra. Sánchez Montero:

No, es decir, que está cerca de su domicilio.

El doctor Macaya Hayes le da la palabra a don Mario.

Director Devandas Brenes:

Para ver si voy entendiendo, cuando este proyecto se empezó era en la Huetar Atlántica, eso significó incluso ir a trabajar con la gente, con las comunidades, todo eso que ustedes nos explicaron. ¿En esta nueva etapa se va a trabajar en alguna región con ese mismo proceso que se hizo en la Huetar Atlántica o nada más vamos a estar en el nivel de redes?

Dra. Sánchez Montero:

Es que don Mario, cuando uno habla del nivel de redes es todo.

Director Devandas Brenes:

No, no por eso, vamos a ver un poco para todos, hoy nos reclamaban y nosotros aquí hemos reclamado mucho que el primer nivel de atención es fundamental incluso para reducir costos en toda la red y esto va encaminado hacia eso, digamos que se invierta en el primer nivel, entonces la idea no solamente es, pues, no solamente la economía sino la satisfacción de la gente, que la gente se sienta bien atendida, verdad, entonces esa era mi preocupación, digamos, porque en la Huetar Atlántica se hizo un trabajo muy concreto ahí digamos con el funcionamiento de los EBASIS, con esto, con la intervención de la gente.

Dra. Sánchez Montero:

Exhaustiva, exhaustiva, además.

Director Devandas Brenes:

¿Aaah?

Dra. Sánchez Montero:

Exhaustiva, además.

Director Devandas Brenes:

Sí, sí ustedes nos invitaron a ir y fuimos, el tema es que en alguna otra región vamos a hacer eso con esa intensidad o no, porque no lo veo ahí, verdad si me dicen es que vamos a reestructurar todas las redes, sí, pero en cuál región vamos a trabajar con la misma intensidad que se trabajó en la Huetar Atlántica, porque yo entiendo que no se puede hacer en todas al mismo tiempo, habrá que escoger una y no veo, no lo vi ahí, no sé si ustedes tienen una propuesta en eso, bueno la otra cosa, bueno, ahora tendríamos que ir viendo acuerdo por acuerdo me parece, porque una cosa que voy a ir adelantando que no vi en los acuerdos es la facultad que hay que darle a alguien para que defina el límite territorial de las redes, porque dice transformar las actuales Dirección Regionales eso me podría dar la idea de que tal y como están las transformo, pero con toda su definición y si quiero cambiar quitarle un Área de Salud para un lado y otra para otro, verdad, no sé si esa facultad quedaría implícita en el acuerdo, la limitación territorial ya de esto va para allá, esto viene para acá, y tampoco me queda claro, ah bueno hay un documento que hay que elaborar sobre roles y funcionamiento, porque ahí quién sería el Director de la Red, como se nombra, qué facultades tiene, porque recuerdo las discusiones que teníamos, si un Director de Red, qué pasa con el Director del Hospital, usted es el director del Hospital y yo soy el Director de la Red que, cuáles son mis atribuciones, le puedo dar órdenes o no, eso es más fácil con los hospitales regionales pero con los nacionales, no sé cómo queda eso, verdad, cómo queda eso con los hospitales nacionales, el director de la región donde está el Calderón Guardia puede decirle al

director del Calderón Guardia, señor hágame, no sé esos son dudas. La otra cosa es que yo pienso que en esos acuerdos, el primer acuerdo, respetuosamente, pienso es que este proyecto se le había adscrito a la Presidencia Ejecutiva cuando se tomó, porque era la única forma de hacerlo intergerencial sacarlo de la Gerencia Médica, para poder ser intergerencial, ahora me parece que estamos proponiendo y estoy de acuerdo que esto pase a la Gerencia General, que sea no sé si aquí don Gilberth cabe la derogación implícita, como dicen los abogados, porque hay un acuerdo donde valga la redundancia se acordó que este proyecto depende de la Presidencia Ejecutiva ahora se propone que pase a depender de la Gerencia General habría una derogatoria implícita, no, no explícita porque eso me parece, pero me parece que ese debería ser casi como el primer acuerdo, cuando un proyecto queda bajo la responsabilidad del Gerente General, obviamente con su dirección y todo lo que ahí luego se propone, eso lo digo porque en uno de los acuerdos se le da instrucciones al Gerente Administrativo, que haga algunas cosas y aquí hemos estado en una discusión ante la presencia de la Gerencia General a quién le da las órdenes esta Junta Directiva, verdad, la Junta Directiva le da las órdenes al Gerente General y el Gerente General tiene que tener todo el poder para decirle a un gerente usted tiene que hacer esto, usted tiene que hacer el otro, usted tiene que hacer el otro tema, digamos y la otra idea es que en esas sustituciones temporales, un poco cubriendo la inquietud de don Christian no solamente pensemos en sustituir sino en redistribuir funciones, en la de menos yo saco una persona para pasarla al proyecto y las funciones que está ejecutando esa persona podría redistribuirlas entre compañeros, de manera que no tenga necesariamente que hacer un nombramiento, porque sabemos que hay, bueno eso es un tema de cargas de trabajo un poquillo más complicado, pero podría reducirnos un poquito cualquier carga, ciertamente el costo, el análisis de costo-beneficio de esto es, con solo eso de la Huetar Atlántica y ver lo que pasó en la Huetar Atlántica de los datos que nos dan y esos son datos de hospitalización, pero si uno se metiera a ver más datos, por ejemplo de la atención, del seguimiento, de los pacientes, porque esa es la idea, que haya una atención muy sólida ahí para que no evolucionen las enfermedades, para prevenir y para evitar que tengan que ser transferidos a otras, si nosotros tomamos en cuenta por ejemplo, que es un dato que tengo que me dio Manuel Rodríguez que no lo he sociabilizado, cuántos traslados hacen las ambulancias, pero son una cantidad enorme de traslados con un costo elevadísimo, “diay” porque son traslados de pacientes, si nosotros reducimos esos traslados solo eso, es un beneficio económico impresionante esas son algunas de mis observaciones.

Dra. Sánchez Montero:

Tal vez si, como son tantas voy a ver si me acuerdo de algunas y voy a empezar como de atrás para adelante, por el acuerdo, o sea, por la adscripción de Presidencia a la Gerencia General en realidad el acuerdo de Junta Directiva del 2016 indicaba que el proyecto de validación de la propuesta tenía una duración de 24 meses, entonces ya eso al ampliarlo entonces no habría problema, porque el acuerdo sí era claro de que la duración de eso era 24. Eso incluso da pie a la posibilidad de nombrar director, porque también el nombramiento del director de este proyecto estaba por un plazo de 24 meses, que ha sido ampliado desde marzo del 2018 a la fecha un año, en función de dar la posibilidad a la Junta Directiva de tomar nuevas decisiones al respecto, pero eventualmente, con esos acuerdos como estaban con principio y fin no habría problema alguno, respecto eso. Respecto de su pregunta don Mario, de otras regiones bueno, nosotros lo teníamos aquí ¿por qué no lo trajimos hoy? porque habían sido presentado en noviembre, pero aquí está, en realidad lo único que se hizo fue que como ha transcurrido el tiempo y se tenía previsto iniciar en el 2018, hemos corrido el tiempo, pero en realidad la idea es continuar la región Huetar Atlántica

obviamente hasta el 2022, por lo menos que está con el Banco, pero iniciar ya en otras regiones de hecho ya hay conversaciones con ellos y hay claridad en el proceso, aquí está el cronograma de cuál sería la implementación gradual en cada una de ellas.

Director Devandas Brenes:

Y ese cronograma ya lo aprobamos la Junta.

Dra. Sánchez Montero:

Es parte de la, de uno de los documentos, está en los documentos. Depende de ustedes en el acuerdo primero de hoy. Y lo otro, es que en razón de si se va a hacer en cada una de ellas la misma exhaustividad de la región Huetar Atlántica, en realidad como ustedes recuerdan la región Huetar Atlántica fue seleccionada como zona demostrativa para desarrollar ahí elementos que permitieran instrumentos y aplicaciones, que permitieran más bien abrir camino para que se pudiera tener insumos para la implementación institucional. En cuanto a la exhaustividad con las otras redes hay que ser exhaustivos con las otras redes, es decir, hay que involucrar a la comunidad, hay que involucrar a los consejos consultivos que son están conformados por todos los directores y administradores de las Áreas de Salud y los Hospitales que conforman la red, hay que involucrar a todos los equipos regionales, la comunidad organizada es parte del gobierno de la red, en este momento no lo es y eventualmente, obviamente el proceso que se hizo con la región Huetar Atlántica se tiene que hacer en las siguientes regiones, lo que varía es la exhaustividad que se tuvo en la región Huetar Atlántica, porque con ellos ya se desarrollaron instrumentos que nos permitirán, por ejemplo, identificar necesidades de la población, ya no tenemos que ser tan exhaustivos con eso en las otras regiones, porque los resultados de los instrumentos que se diseñaron para la región Huetar Atlántica ya están, entonces más bien tienen más facilidad las siguientes regiones para poder implementar, ese digamos, sería en razón de ese otro asunto, respecto de la posición de los hospitales, bueno de los directores de redes, evidentemente, los manuales operativos son en concordancia con el documento técnico que les indica a las Direcciones de Red o les faculta para tener competencias y funciones, que les permita mejorar la gestión y también de cierta forma trasladar funciones operativas, que hoy tiene el nivel central a donde corresponda, es decir, al nivel de este caso de red que es el intermedio y a nivel local, eso es, digamos está planteado de esa forma. Lo otro es con respecto del papel de los hospitales nacionales, efectivamente, hoy los hospitales nacionales están dependiendo directamente de la Gerencia Médica, les faculta para tener una relación de coordinación relativa con los demás, su relación jerárquica es directamente con la Gerencia Médica y eso ha traído “diay” consecuencias para toda la prestación de los servicios de salud, en el tanto se conformen las Direcciones de Red y las Redes como tal. Los hospitales nacionales seguirán siendo parte de las redes, porque no les podemos quitar su adscripción poblacional, ni podemos hacer caso omiso a que ellos son el último escalafón de la cadena de atención, igual que los centros y hospitales especializados se convierten en centros de referencia nacional para su especialización y más bien, la propuesta que se hace conlleva irlos transformando paulatinamente. Conforme se vayan organizando mejor las redes y vayan mejorando su capacidad resolutive en el nivel de las regiones se va a dar paso a que los hospitales especializados y los hospitales nacionales cumplan su verdadera función para lo que fueron creados, que es ser los hospitales de mayor complejidad de atención y no hospitales que hacen hoy procedimientos de muy baja complejidad y de mediana complejidad, es decir al empoderar a las Redes e ir otorgando mejor capacidad

resolutiva, pues lo que se espera es que los hospitales nacionales se conviertan en los centros de mayor resolutiveidad, es decir, de la más alta complejidad, no mayor resolutiveidad, sino la más alta complejidad y poder convertirlos en lo que se ha querido, por ejemplo el San Juan de Dios para nadie es un secreto que tiene la mejor atención de personas con quemaduras, ningún otro lo tiene, y hoy la población tiene que competir con la demanda que tiene el San Juan de Dios de su población adscrita no queremos eso para la población, queremos convertirlos realmente en los centros súper especializados que deben ser y convertirlos en centros de referencia nacional, de manera que toda la población no importa si yo vivo en Coronado y el Calderón no tiene esa forma de atención pueda optar en el lugar, ese sería el, no sé si, cuál otro que se me quedó (...).

El doctor Macaya Hayes le da la palabra al Dr. Wilman Rojas.

Dr. Wilman Rojas:

Bueno, muchas gracias, buenas noches, tal vez cuesta ver la magnitud ante uno de los proyectos de más alto impacto a la población, yo estoy convencido a como en el 2006 estaba convencido del EDUS, iniciamos en Talamanca con el proyecto EDUS, igual este es uno de los proyectos de más alto impacto, porque es el proyecto que más hace, lleva una capacidad de primer nivel y una concentración de recurso en el primer nivel, para poder coordinar el paciente y poder trabajar con el paciente, no tener un modelo hospital céntrico, no, es un modelo centrado en la persona y la persona está en la comunidad. Tal vez cuesta visualizarlo en la proyección, pero yo creo que estamos ante el proyecto de mayor impacto que puedan ver la Institución en los últimos años, en este momento somos parte de la historia y yo agradezco que ustedes nos hayan escogido, bueno la Junta Directiva me escogió para que nosotros de hace dos años estamos haciendo cosas, pero estamos construyendo instrumentos, los documentos y las herramientas para poder implementarlas. Realmente a partir de este año comenzamos realmente a implementar lo que hemos construido, las cosas que hemos venido haciendo las hacemos con las uñas, así con lo que tenemos y con lo que hemos venido haciendo, pero realmente vamos a iniciar la implementación a partir de este año y ya hemos visto resultados “diay” con el mismo recurso, ahora esperamos ya con un modelo de implementación ya entrar en una fase de mayor impacto y me siento agradecido de que me hayan hecho parte de la historia, porque realmente el proyecto de fortalecimiento de los servicios de salud es el proyecto de más alto impacto que podríamos tener en los próximos 20-30 años de la Caja, estoy sumamente convencido de eso, que estamos a la puerta de un proyecto de muy alto impacto y realmente para poder satisfacer las necesidades de la población, que son infinitas tenemos que buscar una forma diferente de trabajar, no podemos seguir haciendo lo mismo porque nos colapsamos.

Director Devandas Brenes:

(...) Él es el director de la Dirección Regional de la región Huetar Atlántica y cuando este proyecto se aprobó en Junta, por una serie de indicadores que existían para planificar todas las regiones, se empezó por la Huetar Atlántica de manera que él lo que está es transmitiendo ya la experiencia que como Director Regional ha vivido, es importante que nuestros compañeros lo sepan porque van a decir ya lo vivió.

Dr. Wilman Rojas:

Ahora este proyecto a mí bueno, en este momento como Director Regional me trae más trabajo, me trae más responsabilidades, porque yo soy el responsable de mi red, más rendición de cuentas, en este momento que hay un montón de estructuras y cosas que se le achacan al nivel central, cuando somos nosotros los responsables de gestionar las cosas, entonces más bien el nivel operativo con este proyecto está asumiendo más competencias, más responsabilidad y eso es también lo que queremos poder nosotros, poder controlar nuestras propias regiones y poder llevarlas a una mejor resolución, muchas gracias.

Doctor Macaya Hayes:

Gracias Dr. Rojas, doña Fabiola.

Directora Abarca Jiménez:

Gracias. Yo veo muy de una manera muy positiva el proyecto, lo hemos hablado mucho de aumentar el nivel de resolución del primer y segundo nivel de atención y yo creo que esto es importantísimo para lograrlo, en cuanto al tema de sustitución de plazas yo lo trataría como un tema por aparte, porque a mí me gustaría que como directora pudiera ejercer supervisión en cuanto a ese tema y tener un reporte de cómo estamos en toda la Institución en el tema de sustitución de plazas y cuántos funcionarios hay nombrados dos en una misma plaza, ver un reporte de ese tipo, pero eso ya no tendría nada que ver con el proyecto y solo me queda una inquietud de lo que ustedes están planteando. Yo entiendo que eso inicialmente fue adscrito a la Presidencia Ejecutiva, porque tenía que ser un trabajo intergerencial y ya sabemos que históricamente como Institución no nos ha caracterizado porque trabajemos intergerencialmente, ya tenemos la creación de la Gerencia General y me preocupa un poco que de alguna manera, digamos, visualizándonos como que tenemos ese problema de la intergerencialidad, porque para eso es la Gerencia General, para fomentar entre las gerencias que trabajen de una manera articulada. Entonces, no sé si a la hora de adscribir este programa a la Gerencia General, estamos un poco como proyectando eso que queremos dejar atrás y eliminando la Gerencia General seguir con esos paradigmas, porque yo esto veo más que es de Gerencia Médica, necesitamos un apoyo intergerencial, pero si no caminamos intergerencialmente ahí está Gerencia General para que resuelva, ese es el único punto que yo lo planteo como una inquietud. Entiendo que hay un oficio de parte del Proyecto de Reestructuración para adscribirlo a la Gerencia General, pero lo planteo como una inquietud, para que lo mediten porque sí, yo eso es lo único que no me termina de encantar.

Doctor Macaya Hayes:

Yo nada más quisiera aportar que siempre hemos predicado que hay que fortalecer las redes que hay que integrarnos mejor, actuar como una sola Institución y fortalecer el primer nivel especialmente y esto es todo eso. Vea en la Asamblea Legislativa hoy con los jefes de fracción la mitad de sus intervenciones, era que hay que fortalecer el primer nivel de atención, hay que descentralizar, hay que descongestionar los hospitales nacionales y esto es eso, yo creo que es un momento muy oportuno para estar viendo este tema y especialmente con los resultados tan positivos que se dieron en la región Huetar Atlántica y yo no quiero dejar la oportunidad de agradecerle a la Dra. Sánchez ,por su compromiso con este proyecto aun gran sacrificio personal y realmente expresarle mi admiración y agradecimiento por toda su entrega con este proyecto.

Dra. Sánchez Montero:

Gracias.

Director Devandas Brenes:

No, es que vamos a ver, el problema es este, que esto es un problema institucional, entonces, cuando usted se mete en esto va a tocar, incluso, con sucursales, tienen que ver con infraestructura, tiene que ver con recursos humanos. Entonces, no es solo médico obviamente el componente médico es muy importante, porque el problema que hay es que eso no se tenía, por eso ahora digamos dependiendo de una Gerencia General, todas las Gerencias tienen que estar en línea, si usted lo pone solo en la Gerencia Médica, puede empezar a tener ya problemas con las otras gerencias mientras que si está en la Gerencia General, por eso se sacó. Esto originalmente estaba en la Gerencia Médica y la Junta Directiva lo sacó de la Gerencia Médica y lo puso a nivel de Presidencia Ejecutiva, para darle ese marco intergerencial que es lo que ha permitido que avance con, incluso, no sin frenos, porque siempre surgen en esto contradicciones verdad, pero ya con la figura de Gerencia General me parece que estas contradicciones se reducirían mucho en ese proceso que estamos desarrollando (...).

Dr. Cervantes Barrantes:

Nada más para complementarle, esto lleva un componente muy importante que es presupuesto, entonces, interacciona con la Gerencia Financiera, lleva un componente muy importante que es recursos materiales interacciona con la otra gerencia, lleva otro componente que es recursos humanos interacciona con las otras. Entonces, estar en la Gerencia General le daría una mayor seriedad.

Doctor Macaya Hayes:

Bueno, vemos los acuerdos, uno por uno, comentarios sobre el acuerdo primero. Bueno, si no hay más comentarios al acuerdo primero votamos el primer acuerdo, en firme. Ok, vamos al segundo. ¿Comentarios? Bueno, si no hay más votamos el segundo acuerdo, ¿Fabiola, estás votando, Maritza? Ok, en firme. Ok, vamos al tercero.

Director Devandas Brenes:

Es que yo no entiendo por qué, perdón.

Doctor Macaya Hayes:

Sí.

Director Devandas Brenes:

Se instruya a la Gerencia Administrativa, pero hay uno posterior que este proyecto se pone bajo la instrucción de la Gerencia General, entonces no sé si esta malo.

Dra. Sánchez Montero:

Es porque en la Gerencia Administrativa están las instancias competentes para la elaboración de los manuales.

Directora Solís Umaña:

Sí, pero para eso está el Gerente General, para que diga qué.

Director Devandas Brenes:

Para que en coordinación con las instancias que correspondan.

Doctor Macaya Hayes:

Ok, ¿comentarios? Bueno procedemos a votar, en firme. Está bien, vamos al cuarto.

Director Devandas Brenes:

Yo tengo esa duda.

Doctor Macaya Hayes:

¿Cuál?

Director Devandas Brenes:

(...) Se declara la implementación de prestación de los servicios de salud en la Red Huetar Atlántica como proyecto especial?

Dra. Sánchez Montero:

Pero ya no sería proyecto.

Director Devandas Brenes:

Si ustedes quisieran avanzar en otra red Huetar Atlántica, entonces, ya ahí no serviría un proyecto especial en otra red, no sé, es una pregunta.

Licda. Elizabeth Gairud:

Eso se plantea de esa manera, precisamente, es por el indicador que (...) a perdón, eso se designó de esa manera, precisamente, por la premura con la que fuimos a la Red Huetar Atlántica, porque ellos ya están trabajando, ellos ya son red y tienen que estar al 22 con la aprobación. Me escuchan ¿no?

Doctor Macaya Hayes:

No, no, es que tiene que quedar grabado.

Licda. Elizabeth Gairud:

Perdón, eso es por la premura de la Huetar Atlántica ellos ya están conformados como red y ellos tienen ya para cumplir con el indicador para el 2022, tienen que estar como una red debidamente implementada y publicada. Entonces, debido a eso necesitan correr un poco más rápido que las otras redes que se inicien en el 2019, por eso es que se le da esa connotación especial, para que toda la Caja le dé la prioridad a la Huetar para que pueda cumplir al 2022, tal vez Rocío.

Director Devandas Brenes:

Perdón, y si nosotros ponemos se declara la implementación de este proyecto como proyecto especial con prioridad en este momento en la Huetar Atlántica, digo yo eso queda abierto para las demás. Digo yo no sé qué les parece.

Doctor Macaya Hayes:

¿Ningún comentario? Bueno procedemos, así, Fabiola.

Directora Abarca Jiménez:

Perdón, es por lo que estaba comentando con la doctora, que yo le preguntaba que por qué proyecto especial, si ya dijimos.

Doctor Macaya Hayes:

Sí ya lo fue.

Directora Abarca Jiménez:

Sí, ya eso es de interés institucional, entonces ella me dice que es que necesitamos la sustitución de plazas, por un tema de sustitución de plazas, pero no sé si debería haber un acuerdo en el sentido de que cuando ya se determinen cuáles son las plazas permanentes que se van a requerir, que lo traigan, para ya salir de este esquema de sustitución de plazas, pero no sé si debería de quedar como un acuerdo.

Director Devandas Brenes:

Eso le quita un poquito de flexibilidad, yo creo que aquí le estamos dando a la Gerencia General esa facultad, si lo hacemos como dice doña Fabiola, entonces, tendría que volver a Junta y entrar aquí y a veces mientras agendan, es un mecanismo muy pesado, ya hemos visto la globalidad me parece a mí no sé con todo el respeto, yo estoy seguro que el señor Gerente General no va a abusar y además ahí está planteando un número de plazas ya, no es que es un numero abierto, verdad.

Dr. Cervantes Barrantes:

¿Perdón?

Director Devandas Brenes:

Digo es un numero ya definido de plazas, no es un número abierto.

Directora Abarca Jiménez:

(...) en eso yo estoy de acuerdo, el asunto es que suena raro como que sea un proyecto especial, verdad cuando ya estamos definiendo que es de interés institucional y que vamos a ir hacia eso en todas las redes.

Director Devandas Brenes:

El desarrollo de las acciones necesarias, verdad, no sé, me agarraron, dice, instruya al Gerente General para que ponga las ideas necesarias para que este proyecto se desarrolle.

Dr. Cervantes Barrantes:

Para que la que Gerencia se involucre (...).

Dr. Cervantes Barrantes:

Sí, porque eso es lo que se trata aquí (...).

Director Devandas Brenes:

Para que se involucren todas las otras Gerencias de manera activa.

Doctor Macaya Hayes:

¿Algún otro comentario? Bueno, procedemos a votar, en firme. Vamos al quinto. Sí doña Fabiola.

Directora Abarca Jiménez:

Yo sugeriría en virtud de los comentarios que estábamos haciendo hace un momento, que se adscriba a la Gerencia General por un plazo de, no sé dos años o un año, no sé podríamos definirlo para, después, evaluarlo y ya una vez que la Gerencia General, pues tenga más tiempo de estar funcionando, se evalúe adscribirlo a la Gerencia Médica, o que se evalúe tal vez que, la sugerencia sea que se quede en la Gerencia General, pero...

Director Steinvorth Steffen:

¿Y no se puede evaluar en este momento?

Directora Abarca Jiménez:

Yo diría para ponerle un plazo ahí y tenerlo nosotros agendado porque si no, no lo vemos.

Director Devandas Brenes:

(...) Un acuerdo que este proyecto se evaluará anualmente, verdad, sería evaluado, se evaluará y se presentará la evaluación a Junta Directiva anualmente ahí en ese orden.

Doctor Macaya Hayes:

Sí, puede surgir cualquier cosa. Sí, sin ponerle un plazo a la estructura.

Directora Abarca Jiménez:

Sí, sí me parece.

Doctor Macaya Hayes:

¿Algún otro comentario? Procedemos a votar. En firme, ok vamos al sexto. ¿Comentarios?

Director Devandas Brenes:

No, no, no entiende.

Director Steinvorth Steffen:

¿Qué, cómo es la cosa?

Director Devandas Brenes:

Que se sustituirá, que de los 25 que están pidiendo que se sustituyan 15, un máximo de 15.

Dra. Sánchez Montero:

(...) Un máximo de 15 en la Red, es decir y los 25 son para la (...)-

Director Steinvorth Steffen:

“Aaaah” ok.

Dr. Cervantes Barrantes:

Los 25 son ellos, entonces. Los 15 son los que van a estar en Limón y los que van a estar en San Carlos.

Director Devandas Brenes:

Todavía no está bien, la redacción, dice se autoriza al director del programa la sustitución interina de 25 funcionarios y a los directores, de un máximo de funcionarios si es lo que quiere decir.

Directora Jiménez Aguilar:

Que ellos pueden un máximo de.

Subgerente Jurídico, Lic. Alfaro Morales:

O más bien que para entregar el programa, se autoriza que se sustituyan 25 funcionarios.

Doctor Macaya Hayes:

Pero eso es a nivel macro, pero un director puede sustituir a 15 cada uno, o sea queda en esa autoridad.

Devandas Brenes:

Y a los Directores de las Redes (...)-

Subgerente Jurídico, Lic. Alfaro Morales:

Hay un equipo técnico que es el fijo. El equipo técnico son 25 y esos andan de lado a lado y ahí nombran 15, sí, sí, sí, sí, es con un equipo técnico ahí son 25 fijos y ahí van nombrando.

Director Devandas Brenes:

Si se puede.

Subgerente Jurídico, Lic. Alfaro Morales:

Es lo que pasa con las plazas aquellas no sé cómo le llaman, 60.000 o no sé, esas tienen la limitación de un año, pero estas no.

Director Macaya Hayes:

Bueno ¿algún comentario adicional? Estamos listos para votar, bueno procedemos a votar. En firme. Bueno, el que vamos a ver es el séptimo, bueno sé que es tarde pero no sé qué si urge la beca o no. Ok, bueno entonces cerramos (...).

Por consiguiente, se tiene a la vista el oficio número GG-0187-2019, fechado 12 de marzo de 2019, que firma el señor Gerente General, que en adelante se transcribe en lo conducente y mediante el cual presenta como complemento al informe ejecutivo presentado (atención artículo 4°, acuerdo primero de la sesión N° 9900), por el Proyecto de Fortalecimiento de la Prestación de Servicios de Salud:

“La Junta Directiva en el artículo 4º, Sesión N°9900, celebrada el día 12 de noviembre de 2018, acordó lo siguiente:

“ACUERDO PRIMERO: trasladar a la Gerencia Médica, Financiera, Administrativa la propuesta de acuerdo presentada por el Proyecto Fortalecimiento de la Prestación de Servicios de Salud, para su análisis y que presente la Gerencia Médica propuesta unificada a la Junta Directiva para el jueves 29 de noviembre 2018.”

En vista de ello y en complemento al Informe Ejecutivo presentado por el Proyecto de Fortalecimiento de la Prestación de Servicios de Salud mediante oficio N° PFPSS-0134-2018, de fecha 08 de noviembre de 2018, se presenta este documento que incluye los cambios propuestos en los acuerdos y algunas consideraciones adicionales, en vista de las modificaciones que no estaban incluidas en el Informe Ejecutivo presentado anteriormente.

RESUMEN EJECUTIVO

El proceso de fortalecimiento de la prestación de servicios de salud se ha estado desarrollado en los últimos años en la Institución, iniciando con un diagnóstico de la prestación de servicios en todos los niveles de atención en el año 2013, posterior a ello se elaboró y validó una propuesta de fortalecimiento, que concluyó con el desarrollo del Proyecto de Fortalecimiento de la Prestación de Servicios de Salud en los años 2016-2018.

El desarrollo del Proyecto planteó la Estrategia de Implementación Institucional, la cual permitiera consolidar el proceso en todo el territorio nacional, partiendo de la conformación de Redes Integradas de Prestación de Servicios de Salud (RIPSS).

Dada la finalización del Proyecto, el equipo director ha planteado en varias ocasiones a la Junta Directiva la continuidad del proceso, a partir de lo desarrollado en la Estrategia de Implementación. Esta continuidad parte de la aprobación de los documentos técnicos desarrollados en el Proyecto, la aprobación de la organización de la prestación en RIPSS y la conformación de una instancia institucional que permita conducir el proceso de implementación en todo el país.

Posterior a la presentación realizada en la Junta Directiva en la sesión N°9900, del día 12 de noviembre de 2018, se acordó la revisión de la propuesta de acuerdos para la continuidad, con las diferentes Gerencias de la Institución, lo cual fue realizado y a partir de ello se presenta una nueva propuesta de acuerdos, la cual incluye las observaciones realizadas.

Considerando estas observaciones, se plantea, para la conducción del proceso, la conformación de un Programa, el cual esté adscrito a la Gerencia General, lo que le permita coordinar acciones con todas las Gerencias de la Institución para lograr la implementación de todos los componentes del fortalecimiento.

En cuanto a los recursos que se requieren para la implementación se plantea la utilización del mecanismo definido institucionalmente para proyectos especiales, donde se pueda disponer de funcionarios de diferentes unidades administrativas, las cuales quedan autorizadas para sustituir dichos funcionarios.

Dicho mecanismo se requiere utilizar tanto para los funcionarios del Programa como para algunos funcionarios de las regiones que se requieran para conducir y participar de forma exclusiva en la implementación de las RIPSS y todos los elementos del fortalecimiento de la prestación de servicios de salud.

ANTECEDENTES

La Junta Directiva, en el acuerdo primero, de la sesión N° 8824 de Junta Directiva llevada a cabo el 4 de febrero del año 2016 expresa:

“(…) ACUERDO PRIMERO: aprobar los documentos “Fortalecimiento de la Prestación de Servicios de Salud: Propuesta ajustada a la prueba de campo” y “Perfil de Proyecto Validación de la Propuesta de Fortalecimiento de la Prestación de Servicios de Salud de la CCSS”. Estos documentos deberán ser el referente para las acciones desarrolladas por los diferentes grupos de trabajo relacionados con la prestación de servicios de salud, para lo cual se instruye a las Gerencias comunicar a las diferentes instancias y unidades a su cargo.

ACUERDO SEGUNDO: que el proyecto se implementará, a partir de marzo del año 2016, en la zona demostrativa seleccionada y unidades que sean definidas técnicamente, en la próxima sesión de Junta Directiva, que tendrá lugar el 11 de febrero en curso.

ACUERDO TERCERO: el Proyecto de Fortalecimiento de la Prestación de Servicios de Salud, estará adscrito a la Presidencia Ejecutiva. Para liderar la ejecución del Proyecto de Validación de Fortalecimiento de la Prestación de Servicios de Salud, se crea la figura del Director/a de Proyecto, de acuerdo con el perfil que proponga la Presidencia Ejecutiva a la Junta Directiva, en un plazo de ocho días, según los componentes, productos y actividades definidas, dotándose de una unidad ejecutora para la gestión del Proyecto.”

Posteriormente en el artículo 19° de la sesión N°8826 del 18 de febrero de 2016, la Junta Directiva acuerda lo siguiente:

“ACUERDO PRIMERO: se tiene a la vista la nota número P.E.-0386-16 fechada 10 de febrero de 2016, firmado por la señora Presidenta Ejecutiva y en concordancia con lo resuelto en el artículo 4° de la sesión número 8824, celebrada el 4 de febrero del año 2016, la Junta Directiva –en forma unánime- ACUERDA aprobar el Perfil del Director/a del Proyecto Validación de Fortalecimiento de la Prestación de Servicios de Salud(…)

(…)ACUERDO SEGUNDO: en concordancia con lo resuelto en el acuerdo precedente, con base en el Perfil de Director de Proyecto para el desarrollo del Proyecto de Validación de la Propuesta de Fortalecimiento de la Prestación de Servicios de Salud que ha sido aprobado, y habiendo considerado las condiciones que debe reunir la persona que pueda ejercer el liderazgo en el caso del citado Proyecto y teniendo presente, entre otros elementos, se ha coincidido con que la doctora María del Rocío Sánchez Montero es la persona que reúne el conocimiento y las condiciones requeridas al efecto, la Junta Directiva ACUERDA:

1) Designar a la doctora María del Rocío Sánchez Montero como Directora del Proyecto de Validación de la Propuesta de Fortalecimiento de la Prestación de Servicios de Salud, por un plazo de veinticuatro de meses a partir de esta fecha (...)”

El Proyecto se desarrolló en el período 2016-2018 como una experiencia demostrativa en la Región Huetar Atlántica, donde se desarrollaron los productos incluidos en el alcance, mediante una construcción colectiva, incluyendo el nivel local, regional y central, con una importante participación de la población. Producto del proyecto se desarrolló una estrategia de implementación a nivel institucional para el fortalecimiento de la prestación de servicios de salud, sobre la cual se plantea la continuidad del proceso.

Dada la finalización del Proyecto, el 01 de marzo de 2018 se presentó a la Junta Directiva, una propuesta de continuidad del Equipo a cargo, que permitiera seguir avanzando en el Proceso de Fortalecimiento. Con lo cual en el artículo 24° de la sesión N° 8961, se aprueba lo siguiente:

*“...y en consideración del interés que priva en este Órgano colegiado para dar continuidad al proceso de implementación de las estrategias para el fortalecimiento de la prestación de servicios de salud institucional, la Junta Directiva, en función del proceso de reestructuración organizacional del Nivel Central **ACUERDA** trasladar la propuesta a la Dirección de Desarrollo Organizacional para que, en un plazo de quince días, se presente a la Junta Directiva lo relativo a la instancia transitoria y su debida articulación con la organización actual y adscrita a la Presidencia Ejecutiva, en el tanto se define lo correspondiente a la Gerencia General. Asimismo, se instruye al Equipo Conductor del Proceso de Reestructuración Organizacional del Nivel Central y a la Dirección de Planificación Institucional, para que dicha instancia sea considerada en la organización de forma permanente y adscrita directamente a la Gerencia General.”*

A partir de ello, el Área de Estructuras Organizacionales de la Dirección de Sistemas Administrativos mediante oficio AEOR-032-2018, realiza un perfil funcional para un Programa adscrito temporalmente a la Presidencia Ejecutiva, aduciendo que es lo procedente de plantear técnicamente. Por su parte, el Proyecto de Reestructuración Organizacional del Nivel Central mediante oficio CCSS-REESTR-0548-2018 indica que ya había sido presentado a la Junta Directiva, contemplándolo dentro de la Gerencia General.

Posteriormente el 09 de mayo de 2018, mediante oficio PFPSS-0060-2018, el Proyecto entrega el informe de cierre de este ante la Autoridades Institucionales, el cual es presentado, junto con la propuesta de continuidad, en la sesión N° 527 del Consejo de Presidencia y Gerentes del 09 de julio 2018 y posteriormente a la Junta Directiva en la sesión N°8979 del 23 de julio 2018; en el artículo 6° se define:

*“(...) Finalmente, la Junta Directiva –en forma unánime- **ACUERDA** dar por recibidos los informes que constan en los artículos que van del 3° al 6° de esta sesión y que se detallan a continuación:(...)
(...) Artículo 4°: Informe en cuanto al Proyecto de Fortalecimiento de la Prestación de los Servicios de Salud; Validación en la Región Huetar Atlántica y continuidad del proceso de implementación en el resto del país (...)*”

Finalmente se volvió a presentar la continuidad del proceso de fortalecimiento en la sesión N°9900, celebrada el día 12 de noviembre de 2018, donde se toma el acuerdo primero que da origen a la elaboración del presente documento.

DICTAMEN TÉCNICO

En la Estrategia de Implementación Institucional desarrollada, se plantea para la conducción del proceso, la conformación de una instancia con carácter permanente en la estructura institucional, adscrita a la Unidad de mayor rango institucional, con el propósito de que disponga de la autoridad para coordinar con las diversas instancias institucionales de las gerencias, por cuanto el fortalecimiento de la prestación de servicios de salud es un proceso que requiere la participación e involucramiento de todas las gerencias de la Institución.

Producto del análisis conjunto con las diferentes Gerencias se determinó proponer la conformación de dicha instancia, al menos de forma inicial, como un Programa adscrito a la Gerencia General, en concordancia con el criterio técnico emitido por el Área de Estructuras Organizacionales de la Dirección de Sistemas Administrativos (oficio AEOR-032-2018).

Las funciones de dicho Programa incluyen de forma general dirigir, conducir y coordinar el proceso de implementación, garantizar la continuidad del proceso y la finalización del mismo en todo el territorio nacional, mediante la construcción y participación colectiva, articulación y coordinación con las diferentes instancias institucionales; la implementación de estrategias de gestión del cambio, que permitan preparar a los funcionarios para la adecuada implementación, la asesoría y acompañamiento permanente a todos los participantes del proceso de implementación, especialmente las Direcciones de Red de Prestación de Servicios de Salud que se estarían conformando y que son quienes realizan la implementación en sus respectivos territorios, así como el análisis periódico de las tendencias nacionales e internacionales en contraposición con las condiciones de la población e institución, para el desarrollo de estrategias para la mejora continua de la prestación de servicios de salud y finalmente, pero no menos importante, el monitoreo, seguimiento y evaluación necesario para asegurar que el proceso se desarrolle de acuerdo con lo planificado y que los resultados obtenidos mejoren realmente la prestación de servicios de salud.

A estas funciones que son de carácter técnico hay que agregar las de direccionamiento de la instancia, referidas a la planificación y ejecución adecuada de las demás funciones, así como un conjunto de acciones administrativas que incluyen el manejo del Plan-Presupuesto, activos, recursos humanos, contratación administrativa, control interno, entre otras.

Aunado a ello, en el artículo 7° de la sesión N° 9009 del 20 de diciembre de 2018, la Junta Directiva acuerda la participación Proyecto de Fortalecimiento en el proceso de institucionalización de las Áreas de Salud Montes de Oca, Curridabat y San Juan - San Diego – Concepción junto con la Dirección Regional de Servicios de Salud Central Sur.

De esta forma, para el desarrollo de las actividades definidas, se establece la necesidad de un equipo de trabajo para el Programa, el cual, de acuerdo con lo analizado con las Gerencias, se solicitará mediante el mecanismo de sustitución elaborado por la Institución para Proyectos Especiales.

En consecuencia, el requerimiento del Recurso Humano es el siguiente:

Tabla 1. Requerimiento de recurso humano para el Programa de Fortalecimiento de la Prestación de Servicios de Salud

Funciones y Componentes	Puesto (disciplina)	Cantidad	Rol por desarrollar
Dirección	Director (a) del Programa	1	Responsable de la planificación, dirección y control de las diferentes actividades realizadas en el Programa para la atención de las etapas del proceso de Fortalecimiento de la Prestación de Servicios de Salud (FPSS) en los aspectos establecidos en el plan de gestión del Programa. Es la persona que ejerce la representación del Programa dentro y fuera de la Institución y le corresponde el enlace con las autoridades superiores, otros proyectos y demás instancias institucionales para la atención de los asuntos del Programa.
Dirección/ Conducción	Profesional en administración de proyectos	1	Responsables de la conducción, seguimiento y evaluación de las actividades realizadas en los diferentes componentes del Programa encargados de la implementación del fortalecimiento de la prestación de servicios de salud. Además, son responsables de la consolidación de la información del Programa para la elaboración de informes para las autoridades superiores, apoyar a la Dirección en la coordinación y trabajo conjunto con las demás instancias institucionales y dar soporte a los demás equipos de trabajo de la Unidad.
	Médico (Administración de servicios de salud)	1	
	Asesor Legal	1	
	Secretaria	1	
Administrativo- logístico	Profesional en Administración	2	Responsables de realizar acciones de apoyo administrativo logístico para el adecuado funcionamiento del Programa incluyendo la planeación, administración y control de los recursos requeridos para la ejecución de los diferentes componentes, así como el apoyo en las actividades a realizar en las diferentes RIPSS que permita lograr los objetivos del Programa.
	Técnico (Apoyo Administrativo)	1	
Gestión del Cambio	Trabajador Social / Profesional experto gestión de cambio	1	Responsables de diseñar, dirigir, ejecutar y controlar las acciones requeridas para lograr una adecuada gestión del cambio en toda la institución, desde el nivel central hasta los niveles locales en cada una de las RIPSS. Incluye las acciones para la sensibilización, comunicación y capacitación requerida para que los funcionarios institucionales conozcan y se involucren de lleno en el proceso de fortalecimiento de la prestación de servicios de salud.
	Médico	1	
	Enfermera	1	

Funciones y Componentes	Puesto (disciplina)	Cantidad	Rol por desarrollar
Desarrollo de RIPSS	Médico	2	Responsables de asesorar, apoyar, dar seguimiento y evaluar el desarrollo de las diferentes RIPSS en el territorio nacional, de manera que su implementación permita lograr el fortalecimiento de la prestación de servicios de salud. Incluye el acompañamiento y apoyo permanente de los equipos constituidos en cada una de las RIPSS para asegurarse que las acciones se encaminan en el Marco del Fortalecimiento y acorde con el desarrollo de los diferentes atributos de las redes integradas, especialmente durante el proceso de conformación del Gobierno de la Red y la elaboración del Plan de Gestión.
	Enfermera	1	
	Profesional Administrativos (Planificación / Ingeniería / Economía)	4	
	Promotor/Educador de la Salud	1	
Desarrollo de elementos del FPSS	Administración / Planificación	1	Responsables de planificar, asesorar, dar seguimiento y controlar el desarrollo de elementos requeridos para el fortalecimiento de la prestación de servicios de salud, incluye actividades de investigación y análisis de resultados para la identificación de elementos a desarrollar, la conformación de los equipos técnicos, la conducción del proceso de desarrollo y la revisión de los entregables para asegurarse que cumplan con los objetivos propuestos y estén acorde con el Marco definido institucionalmente.
	Medicina (Salud Pública)	1	
	Enfermería	1	
	Trabajo Social / Sociología	1	
UNIBE	Profesional administrativo	1	Responsables de acompañar a la Dirección Regional Central Sur (DRSSCS) en el proceso de institucionalización de las Áreas de Salud Montes de Oca, Curridabat, San Juan San Diego Concepción; de tal manera que se desarrollen las acciones necesarias durante el proceso de institucionalización para que una vez los servicios sean prestados por la Institución se puedan desarrollar actividades para la mejora de la prestación de servicios de salud en la población en concordancia con el fortalecimiento de la prestación de servicios de salud.
	Medicina	1	
Total		25	

(*) Las funciones establecidas en el cuadro anterior se determinan de manera general, sin perjuicio que en el desarrollo del Programa, los funcionarios realicen actividades diferentes a las aquí indicadas.

Por otra parte, la estrategia de implementación plantea la implementación del Fortalecimiento a través de la conformación de Redes Integradas de Prestación de Servicios de Salud, donde, a partir del Gobierno de la Red, se impulse y de seguimiento a la implementación de todos los aspectos contenidos en el Fortalecimiento.

Esta conformación de Redes parte de las siete Regiones de Salud de la Institución, transformando la Dirección Regional en el Equipo Gestor de la Red, que en conjunto con el Consejo Consultivo (directores y administradores de los establecimientos), el Consejo de Juntas de Salud y el propio

Director de Red, deben conducir el proceso de implementación en las Redes y sus unidades adscritas.

Para llevar a cabo este proceso de transformación hacia las Redes, se plantea la necesidad de que algunos funcionarios regionales y locales, puedan dedicarse en mayor medida a la conducción del proceso de la Red, así como participar en los equipos que implementan las diferentes estrategias para el fortalecimiento; para ello se requiere que estas personas puedan ser sustituidas de sus funciones habituales; es por ello que se plantea la necesidad de sustituir de forma general los siguientes perfiles de puestos en cada Red, sin que esto no impida que en la realidad de cada red conformada algunos perfiles puedan modificarse.

Tabla 2. Conformación del Equipo de trabajo para la implementación de cada una de las Redes de Prestación de Servicios de Salud

Disciplina	Cantidad	Funciones por realizar (*)
Medicina	3	<ul style="list-style-type: none"> • Dirigir y planificar el proceso para desarrollar la propuesta de implementación de la Red Integrada de Prestación de Servicios de Salud en la Red. • Colaborar en la organización y sistematización del Gobierno de la Red.
Enfermería		
Administrativos	3	<ul style="list-style-type: none"> • Dirigir el proceso de confección del plan de gestión de la Red en concordancia con las necesidades identificadas de la población. • Realizar actividades de gestión del cambio en la Red, incluida la sensibilización, capacitación y comunicación.
Trabajo Social / Educador / Promotor de Salud	2	
Registros y Estadísticas en Salud	1	<ul style="list-style-type: none"> • Orientar y asesorar a los equipos técnicos que se conformen para la implementación de las diferentes estrategias para el fortalecimiento de la prestación de servicios de salud en la Red. • Realizar el monitoreo, seguimiento y evaluación del avance de la implementación de la Red y sus atributos.
Odontología / Farmacia / Nutrición	3	<ul style="list-style-type: none"> • Servir de enlace entre el Gobierno de la Red y el Programa de Fortalecimiento de la Prestación de Servicios de Salud para avanzar en la implementación de las diferentes estrategias de fortalecimiento. • Participar en los equipos técnicos de implementación de las diferentes estrategias para el fortalecimiento de la prestación de servicios de salud. • Colaborar en las diferentes actividades requeridas para la conformación, organización y consolidación de las RIPSS.
Tecnologías de Información y Comunicación	1	
Total	15	

(*) Las funciones establecidas en el cuadro anterior se determinan de manera general, sin perjuicio que en el desarrollo del Plan en cada Red, los funcionarios realicen actividades diferentes a las aquí indicadas, o que se requieran otros perfiles sin detrimento de la cantidad que autorice la Junta Directiva.

DICTAMEN LEGAL

Producto de la propuesta realizada por el Proyecto de Fortalecimiento de la Prestación de Servicios de Salud, en aras de apoyar el desarrollo del Proyecto en la Región Huetar Atlántica, la Junta Directiva solicitó el criterio de la Dirección Jurídica sobre la posibilidad de sustituir funcionarios que participaban en el Proyecto. Dicha instancia emitió el oficio DJ-1809-2017 del 23 de marzo de 2017, mismo que fue conocido por la Junta Directiva en el artículo 12° de la sesión N°8897 del 30 de marzo de 2017. En el acuerdo de esa sesión se señala, en lo conducente:

“Se tiene a la vista el oficio número DJ-1809-2017, del 23 de marzo de 2017, suscrito por el Lic. Gilberth Alfaro Morales, subgerente jurídico, y las licenciadas Mariana Ovarés Aguilar, Jefe a.i. del Área de Gestión Técnica y Asistencia Jurídica, y Mayra Acevedo Matamoros, Abogada de la Dirección Jurídica (estudio y redacción), en el que se atienden lo resuelto en el artículo 18° de la sesión N° 8894 del 16 de marzo del año 2017, en que se solicita criterio sobre la viabilidad de sustituir personal que se encuentre destacado en proyectos especiales. En lo conducente, el citado oficio textualmente se lee en estos términos:

“Atendemos a lo instruido por la Junta Directiva en el artículo 18 de la sesión 8894 del 16 de marzo de 2017, en cuanto a emitir criterio sobre la viabilidad de sustituir personal que temporalmente es sustraído de sus funciones para atender proyectos especiales para la Institución y a su vez realizar un nombramiento en sustitución en el mismo código de plaza. Al respecto, se indica lo siguiente:

La Constitución Política ha dotado a la Caja de un grado de autonomía distinto y superior al que ostentan la mayoría de los entes autárquicos descentralizados, para independizarla así del Poder Ejecutivo y frente a la propia Asamblea Legislativa. En ese sentido, se entiende que la Caja goza de autonomía política o de gobierno plena en materia de seguridad social.

Como manifestación de esa potestad de autoorganización, el artículo 14 de la Ley Constitutiva de la Caja Costarricense de Seguro Social (LCCSS), le confiere a la Junta Directiva el ejercicio de la dirección y organización de la Caja; pudiendo ésta no solo emitir directrices para la organización administrativa y su personal sino también disponer de su recurso humano de la firma en que considere conveniente para el cumplimiento de sus cometidos.

En ese sentido, queda claro que la Junta Directiva cuenta con las potestades de autogobierno y autoadministración suficientes para mejorar y fortalecer el régimen de seguridad social. Potestades que se materializan en los acuerdos que dicho cuerpo colegiado adopte.

De ahí entonces, ante el evento de que se desarrollen proyectos de interés institucional que requieran sustraer funcionarios de sus funciones habituales, bien podría la Junta Directiva

autorizar su sustitución bajo el mismo código de la plaza en que aquellos se encuentren nombrados.

Lo anterior, en el tanto se cuenten con los criterios técnicos y presupuestarios que justifiquen tal medida y en el tanto, se motiven en la necesidad de darle continuidad y eficiencia al servicio que se presta. Todo lo cual deberá quedar debidamente documentado.

Ello, porque toda disposición que se haga sobre dichos recursos deberá estar siempre orientada a satisfacer los fines públicos encomendados a la Institución, con lo cual se debe garantizar necesariamente un beneficio tangible tanto para la Institución como para los usuarios de sus servicios. Es decir, las medidas que se adopten sobre el uso del recurso humano deberá conllevar una mejora en la calidad y efectividad de los servicios de salud y de seguridad social.

Por otra parte, resulta necesario destacar que tratándose de proyectos especiales los mismos responden requerimientos institucionales que demandan un abordaje diferenciado a lo que de ordinario se realiza en la Institución; lo cual es justamente lo que le da el carácter de especial. De ahí, que el mecanismo de sustitución que se consulta deviene en excepcionalidad, reservado únicamente para la atención de proyectos especiales previamente catalogados así por la propia Junta Directiva; es decir no debe acudir a dicho mecanismo para atender actividades o funciones ordinarias de la Administración.

En suma, es viable desde la óptica legal, que la Junta Directiva, a través del acuerdo respectivo, autorice a las dependencias administrativas de donde se requiera disponer de algún funcionario para atender un proyecto especial (así definido previamente por la Junta Directiva), nombrar un sustituto en el mismo código de la plaza de ese funcionario en el tanto sea indispensable para garantizar la continuidad del servicio.”

*Por lo tanto, acogida la citada recomendación y la propuesta de acuerdo de la Dirección Jurídica y con fundamento en lo ahí expuesto, la Junta Directiva **ACUERDA** que tratándose de la necesidad de recurrir al personal institucional para atender proyectos especiales (así declarado en cada caso concreto por la Junta Directiva), autorizar a la Administración para que, en sustitución de esos funcionarios, se nombre a otro personal bajo el mismo código de plaza.”*

DICTAMEN FINANCIERO

En cuanto al aspecto financiero se realizó una proyección de los costos de la implementación para el periodo 2019-2030, considerando los costos incrementales asociados al desarrollo de los componentes de la estrategia de implementación y la conformación y funcionamiento del Programa de Fortalecimiento, además de un estimado de la erogación de recursos por concepto de sustituciones de funcionarios tanto en el Programa como en las Redes que se van conformando.

Cabe destacar que no se contemplan los costos asociados a las actuales Direcciones Regionales, que se transforman en Direcciones de Red, por cuanto son recursos que ya están incluidos en el gasto institucional.

En el cuadro 1 se presenta el costo proyectado para la implementación de fortalecimiento de la prestación de servicios de salud para el periodo comprendido entre el 2019 y el 2030, fecha a partir de la cual se espera que las RIPSS entren todas en funcionamiento.

Tabla 3: Costos de implementación del Fortalecimiento de la Prestación de Servicios de Salud (en millones de colones)

	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030
Servicios Personales Variables	1 103,9	1 298,8	1 337,7	1 377,9	1 419,2	1 461,8	1 505,6	1 550,8	1 597,3	1 645,3	1 694,6	1 043,6
Servicios Personales No	505,2	333,2	358,0	363,9	392,3	377,6	339,8	318,2	329,1	339,2	310,2	300,4
Materiales y Suministros	21,9	22,9	23,8	24,8	25,8	26,8	27,9	29,0	30,2	31,4	32,6	34,0
Equipamiento	20,0	10,0	11,0	12,0	12,0	12,5	13,0	13,5	14,0	14,6	15,2	15,8
Nuevos Gobiernos de RIPSS	-	-	-	-	-	1 478,7	1 559,6	3 291,7	5 213,8	7 345,3	7 766,2	8 216,7
Costo total de implementación	1 651,1	1 664,8	1 730,6	1 778,6	1 849,3	3 357,4	3 445,9	5 203,2	7 184,4	9 375,8	9 818,9	9 610,5

(*) Costos de partidas de Efectivo, en millones de colones.

La estimación del costo no incluye la inversión para reducción de las brechas en cada Red.

Proyección de aumento servicios personales de 3% anual, demás en 4% anual.

Fuente: Equipo Director Proyecto FPSS, con información de Dirección de Presupuesto, Recursos Humanos y ETP Redes

RECOMENDACIONES

A partir del análisis realizado con las diferentes Gerencias, se resumen las recomendaciones para la continuidad del proceso en los siguientes aspectos:

1. Aprobación de la continuidad del proceso, de los documentos base (Marco conceptual y Estratégico para el Fortalecimiento de la Prestación de Servicios de Salud, Definición y Conformación del Gobierno de la Red y Estrategia de Implementación Institucional) y declaratoria de interés institucional.
2. Creación y desarrollo paulatino de las Redes Integradas de Prestación de Servicios de Salud (RIPSS), como forma de organización de los servicios de salud que facilita la implementación del fortalecimiento.
3. Elaboración por parte de las instancias técnicas institucionales, del Manual de Organización y Funciones de la Dirección de Red Integrada de Prestación de Servicios de Salud y los perfiles de puestos requeridos.
4. Implementación de la Red Huetar Atlántica, en concordancia con IDP#4 del Programa por Resultados del Banco Mundial, así como la disposición de los recursos para la implementación de ésta y de las otras Redes (incluyendo los equipos de trabajo).
5. Aprobación del Programa adscrito a la Gerencia General, para la conducción del proceso de Fortalecimiento de la prestación de servicios de salud.

6. Aprobación de los recursos para la implementación institucional y del método para la conformación de equipos de trabajo.

Teniendo a la vista el oficio GG-0187-2019 y la presentación realizada por la Dra. María del Rocío Sánchez Montero, Directora del Proyecto de Fortalecimiento de la Prestación de Servicios de Salud.

Considerando:

- 1) Que el proceso de Reforma del Sector Salud, el componente de Readecuación del Modelo de Atención, así como las políticas nacionales e institucionales que se han planteado a través de los años, sientan los precedentes para promover el fortalecimiento de la prestación de servicios de salud.
- 2) La decisión de transformar la prestación de los servicios de salud hacia un enfoque centrado en las personas, como un proceso de interés institucional y concordante con su misión y visión.
- 3) La necesidad de continuar con el proceso de implementación de las estrategias para el fortalecimiento de la prestación de servicios de salud y organización en Red, por cuanto la población lo requiere, considerando los cambios demográficos y epidemiológicos, así como el abordaje integral de sus necesidades en el ámbito del quehacer de la Institución.
- 4) La importancia de conducir el proceso de conformación, organización y funcionamiento de Redes Integradas de Prestación de Servicios de Salud a nivel nacional, así como, el acompañamiento y asesoría en la implementación de la Red Integrada de Prestación de Servicios de Salud Huetar Atlántica, en concordancia con el Programa por Resultados para el Fortalecimiento del Seguro Universal de Salud en Costa Rica (Ley N°9396 Contrato de préstamo con el BIRF)
- 5) La complejidad, responsabilidad y especialización en esta materia demanda que la conducción del proceso disponga de autoridad formal para coordinar de forma intergerencial y articulada, el desarrollo de las acciones que vinculen los procesos de prestación y gestión de los servicios de salud.

Y habiéndose realizado la presentación por parte de la doctora María del Rocío Sánchez, Directora del Proyecto de Fortalecimiento de la Prestación de los Servicios de Salud, la Junta Directiva -en forma unánime- **ACUERDA:**

ACUERDO PRIMERO: aprobar la continuidad del Proceso de Fortalecimiento de la Prestación de Servicios de Salud, declarándolo de interés institucional. En este mismo acto se aprueban los siguientes documentos como referentes para su implementación institucional:

- 1) Marco Conceptual y Estratégico para el Fortalecimiento de la Prestación de Servicios de Salud, que constituye la versión validada del documento “Fortalecimiento de la Prestación de Servicios de Salud. Propuesta ajustada a la prueba de campo”.
- 2) Definición, Conformación y Funcionamiento del Gobierno de las Redes Integradas de Prestación de Servicios de Salud en la CCSS.

3) Estrategia de Implementación Institucional para el Fortalecimiento de la Prestación de Servicios de Salud.

Con base en lo anterior, trasladar los documentos aprobados a las Gerencias y sus dependencias, para que sean considerados en su quehacer y a la Dirección del Proyecto de Reestructuración del Ámbito Central, a fin de ser tomados en cuenta por las organizaciones externas que desarrollan los análisis y propuestas organizativas del nivel central, en relación con la imagen-objetivo aprobada por la Junta Directiva.

ACUERDO SEGUNDO: se aprueba la creación y desarrollo de las Redes Integradas de Prestación de Servicios de Salud (RIPSS), con fundamento en los resultados y recomendaciones técnicas derivadas del Proyecto de Fortalecimiento de la Prestación de Servicios de Salud y consciente esta Junta Directiva de la necesidad imperiosa de avanzar hacia formas de organización y desempeño de los servicios de salud, que respondan de manera más apropiada a las nuevas condiciones y retos del entorno.

A partir del presente acuerdo, las siete Direcciones Regionales actuales se denominarán como Direcciones de Redes Integradas de Prestación de Servicios de Salud (DRIPSS), en el entendido de que cada una deberá evolucionar progresivamente a las funciones y competencias determinadas en los documentos aprobados en el ACUERDO PRIMERO, con el involucramiento de todas las gerencias institucionales y sus unidades adscritas, según su competencia y el acompañamiento de la Instancia que conduce el proceso de fortalecimiento de la prestación de servicios de salud.

En línea con lo anterior, se deja sin efecto el acuerdo segundo del artículo 10° de la sesión N° 5217 de Junta Directiva, de fecha 07 de junio de 1978, mediante el cual se crearon las Direcciones Regionales y el punto 3 del Acuerdo Único del artículo 7° de la sesión N° 8304, celebrada el 4 de diciembre de 2008, en el cual se oficializó la nomenclatura de las tres Redes de Servicios de Salud Noroeste, Este y Sur. Cualquier otra disposición relacionada con estas unidades administrativas, deberá ser ajustada progresivamente hacia las RIPSS.

ACUERDO TERCERO: se instruye a la Gerencia General para que, en coordinación con la Instancias que corresponda el proceso de fortalecimiento de la prestación de servicios de salud, presente para la aprobación de esta Junta Directiva en un plazo máximo de seis meses contados a partir de la aprobación en firme del presente acuerdo, el Manual de Organización y Funciones de la Dirección de Red Integrada de Prestación de Servicios de Salud y los perfiles de puestos requeridos para dicha Dirección, de acuerdo con lo definido en el documento “Definición, Conformación y Funcionamiento del Gobierno de las Redes Integradas de Prestación de Servicios de Salud en la CCSS”, aprobado en el ACUERDO PRIMERO. Lo anterior, con el propósito de contar con los instrumentos técnicos y administrativos que la Institución requiere para una implementación ordenada, eficiente y eficaz.

ACUERDO CUARTO: se declara la implementación de la prestación de servicios de salud, como Proyecto Especial con prioridad en la Red Huetar Atlántica y se instruye al Gerente General para que las gerencias se involucren de manera activa y, junto con la asesoría del equipo

que conduce el Proceso de Fortalecimiento de la Prestación de Servicios de Salud, inicien las acciones pertinentes de forma inmediata a la aprobación en firme del presente acuerdo, para que se facilite su desarrollo.

Lo anterior, en virtud de que el proceso de implementación de las Redes Integradas de Prestación de Servicios de Salud (RIPSS) ya inició en la Región Huetar Atlántica, en concordancia con lo dispuesto en el indicador de desembolso ILD#4 del Programa por Resultados para el Fortalecimiento del Seguro Universal de Salud en Costa Rica, que será evaluado en el primer trimestre del 2022.

ACUERDO QUINTO: se aprueba el Programa Fortalecimiento de la Prestación de Servicios de Salud, adscrito a la Gerencia General, con criterio técnico vinculante para la conducción, acompañamiento y seguimiento del proceso de fortalecimiento y la implementación de las RIPSS, en consideración de la complejidad y relevancia del proceso de fortalecimiento de la prestación de servicios de salud, así como los resultados obtenidos en el proyecto de validación. El Programa conservará la Unidad Ejecutora N°2919, para lo cual se instruye a la Gerencia Financiera otorgar los recursos requeridos para su funcionamiento.

Asimismo, se instruye a la Gerencia General la realización del nombramiento del Director(a) del Programa.

Este programa será evaluado anualmente por la Gerencia General y los resultados serán presentados a la Junta Directiva.

ACUERDO SEXTO: se autoriza al Director(a) del Programa de Fortalecimiento la sustitución interina de 25 funcionarios y a los Directores(a) de las RIPSS, un máximo de 15 funcionarios, que se requieren para el desarrollo paulatino del proceso de fortalecimiento de la prestación de servicios de salud, de acuerdo con la información contenida en el oficio GG-0187-2019 y la presentación realizada por la Directora del Proyecto, por un período de tres meses prorrogables. Para estos efectos, se considera al Programa como “Proyecto Especial”, quedando autorizadas las dependencias institucionales de donde se disponga de algún funcionario para atender este proyecto, nombrar un sustituto en el mismo código de la plaza, de acuerdo con las disposiciones institucionales vigentes.

En caso de que las prórrogas superen el año, las subsiguientes deberán contar con la autorización de la Gerencia General, debidamente justificada y fundamentada en el plan de trabajo. Así mismo se instruye a la Dirección del Programa y Direcciones de las Redes, definir los mecanismos de control interno y presentar trimestralmente el informe respectivo a la Gerencia General.

Se retiran del sesiones la Dra. Rocío Sánchez Montero, el doctor Wilman Rojas, Dirección Regional Huetar Atlántica, licenciada Elizabeth Gairaud, licenciado Juan Carlos Martínez, licenciada Laura Jiménez, licenciado Oscar Villegas del Carpio y el Danny Garbanzo Alfaro

ARTICULO 9°

Se toma nota, reprogramar para una próxima sesión los temas que se detallan:

XII) Correspondencia; para decisión**XIII) Aprobación de acta de la sesión N° 9012.****XIV) Gerencia General; para decisión**

- c) **Oficio N° GG-0139-2019**, de fecha 27 de enero de 2019: *propuesta de ajuste acuerdo adoptado en el artículo 31°, apartado II, de la sesión N° 8975, celebrada el 5 de julio del año 2018, sobre pago de vacaciones cuando se presenta terminaciones de contrato.*

XV) Gerencia Médica; para decisión

- c) **Continuación presentación oficio N° GM-AJD-2891-2019**: “Análisis de necesidades de formación de Médicos Asistentes Especialistas e informe de distribución de médicos Especialistas año 2019”, la presentación estaría a cargo del Dr. Juan Carlos Esquivel, Director del CENDEISSS y de la Dra. Priscilla Balmaceda, coordinadora de la comisión técnica para el análisis y asignación de médicos especialistas.
- d) **Propuestas beneficios para estudio: oficio GM-AJD-3303-2019**, de fecha 12 de marzo de 2019: Dr. Geovanny Zeledón Zamora, Microbiólogo del Hospital San Juan de Dios, para que realice un Diplomado de Especialización en Citometría de flujo para el diagnóstico y monitorización de Hemopatías malignas e inmunodeficiencias primarias en la Universidad de Salamanca España del 1°-04-2019 al 30-05-2019: beneficios que consisten en: permiso con goce de salario, el pago: estipendio mensual €1.400, pago de inscripción €480, pago tique aéreo \$582, pago de seguro médico \$173.

XVI) Auditoria.

- c) **Oficio N° 300-2019**, de fecha 15 de enero de 2019: informe gerencial sobre la actividad desplegada por la Auditoría Interna durante el período-2018.
- d) **Oficio N° 9238**, de fecha 25 de octubre de 2018: atención artículo 21°, acuerdo segundo de la sesión N° 8984 del 16-08-2018: solicitud de *informe de la Gerencia Financiera sobre el reclamo por la administración respecto al incendio ocurrido en el Hospital Tomás Casas de Ciudad Cortés*
- **Oficio N° GF-4914-2018**, del 08-10-2018: informe sobre las acciones realizadas incendio ocurrido en el Hospital Tomás Casas de Ciudad Cortés; anexa la nota DFC-2592-2018 (21°, *sesión N° 8984*): dar por recibido el informe efectuado por el Área de Administración y Aseguramiento de Bienes y la SubArea de Gestión y Aseguramiento de Bienes y la SubArea de Gestión y Aseguramiento de Bienes, en oficio AAAB-573-18/SGAB-468-18 del 06-09-2018.

XVII) Gerencia Administrativa; para decisión

- c) **Propuesta depuración de temas de agenda pendientes , Anexo I solicitudes de retiro de oficios**
- d) **Oficio N° GA-0097-2019**, de fecha 6 de febrero de 2019: atención artículo 38°, de la sesión N° 9002: informe cumplimiento acuerdos de Junta Directiva con prioridad alta.

VII) Solicitud de retiro de agenda

B) Gerencia Financiera:

- 5) Solicita retiro en oficio N° GF-0395-2019: oficios N°s GF-4525-2018 del 19-09-2018 y GF-3044-2018 del 16-07-2018: **con el fin de presentar un estudio actuarial sobre el impacto sobre las finanzas del Seguro de salud:** propuesta *modificación Reglamento de Salud:*
- *inclusión artículo 11 BIS “Aseguramiento por cuenta del Estado”*
 - *Transitorio: ...personas que la entrada de vigencia de la reforma cuenten con un Seguro por Estado...mantendrán su beneficio hasta que venza su periodo; una vez vencido dicho plazo deberá ajustarse a las condiciones y requisitos de la reforma.*

6) Gerencia de Infraestructura y Tecnologías: para decisión

- b) Solicita retiro en nota N° GIT-1821-2018, del 7-12-2018: oficio N° GIT-1815-2018, de fecha 5 de diciembre de 2018: propuesta agenda N° 1 al contrato N° C-DAi-00002-2018, licitación pública 2017LN-000001-4402, promovida para la implementación del Sistema de Mamografía Digital para diferentes Áreas de Salud, CASI y Hospitales de la CCSS.

7) Gerencia Médica:

- d) Solicita retiro en nota N° 0489-2019 del 16-01-2019: oficio N° GM-AJD-0062-2018, de fecha 8 de enero de 2019: propuesta adjudicación licitación pública 2017LN-000011-2104, por la adquisición de Implantes Cocleares para el Hospital México
- e) **Oficio N° GM-AJD-0364-2019**, de fecha 16 de enero de 2019: tabla de control de vencimiento de contratos de servicios de salud por terceros.
- f) Solicita retiro en nota N° GM-AG-2631-2019 del 28-02-2018: oficio N° GM-AJD-2068-2019, de fecha 18 de febrero de 2019: *propuesta beneficios para estudio a favor de la Dra. Laura Arroyo Martínez, Médico Asistente Especialista en Cirugía General del Hospital San Juan de Dios, para que participe en el Programa de Seguridad, calidad, Informática y Liderazgo, en Harvard Medical School, EEUU del 18 de mayo del año 2019 al 9 de mayo del año 2020.*

8) Gerencia de Logística:

- b) Solicita **retiro** en oficio GL-1224-2018 del 8-10-2018, con el fin de ajustar de manera integral a la demás normativa y a la recién jurisprudencia: oficio N° GL-0433-2018 de fecha 5 de abril del 2018: propuesta reforma “Modelo de distribución de competencias en Contratación Administrativa y Facultades de adjudicación de la CCSS”.
Anotación: dejar sin efecto los oficios números GL-45.701-2017 del 7-08-2017, GL-46.108-2017 del 7-11-2017 y GL-0162-2018 del 8-02-2018

ANEXO I

B) Gerencia Administrativa:

- d) El señor Gerente Administrativo en nota GA-1808-2018 del 12-12-2018 del 25-01-2018: solicitud del Gerente Médico solicita **retiro** del oficio N° GA-0127-2018 / GM-SJD-1043-2018, en vista que se encuentra realizando una revisión del cronograma a presentar: *cronograma de trabajo en relación con la finalización del Proyecto Modelo de Evaluación de Directores Médicos de Centros de Salud en la CCSS el 30 de abril-2018. (Revisión del cronograma)*
- e) Solicita **retiro** oficio N° GA-0205-2019 del 13-02-2019, la señora Hazel Jara Chaves, Asistente Ejecutiva a.i. de la Gerencia Administrativa: oficio N° GA-42418-2017, del 24 de agosto de 2017: presentación *informe técnico-jurídico y propuestas en relación con los pluses salariales en:*
- *Reconocimiento de Patólogos.*
 - *Incentivo vivienda Médico Asistente Especialista Zona Rural.*
 - *Salario en especie y auxilio económico para la alimentación.*
- f) **Oficio N° GA-0340-2019**, de fecha 6 de marzo de 2019; solicita **retiro** de agenda:

Oficio N° GA-1401-2018, de fecha 13 de setiembre de 2018: propuesta **Reglamento para la asignación de plazas en propiedad para los trabajadores de la CCSS.**

Oficio N° GA-42409-2017, de fecha 23 de agosto de 2017: atención artículo 30°, sesión N° 8878 del 8-12-2016: **informe en relación con la puesta en marcha de la propuesta introducción de “Mecanismos alternos al procedimiento administrativo y disciplinario y/o patrimonial tramitados en la CCSS”.**

Oficio N° GA-0313-2018, de fecha 20 de febrero de 2018: atención artículo 17°, sesión N° 8919 del 3-08-2017: **informe específico sobre cómo están funcionando los órganos bipartitos y dentro de ellos Junta de Relaciones Laborales**, a raíz del recurso de apelación presentado por el investigado Junior Trejos Rojas, expediente N° CIPA-063-09.

Oficio N° GA-42098-2017, de fecha 27 de junio de 2017: **certificación otorgada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) de la iniciativa Global EMT que clasifica al Equipo Médico de Emergencias de la CCSS como EMT nivel uno**; EMT (Equipo Médico de Emergencia). **Presentación.**

Oficio N° GA-0899-2018, de fecha 14 de junio de 2018: atención artículo 20, sesión N° 8952: *informe reforma a la Ley Constitutiva de la CCSS para que faculte la administración y gobierno en materia salarial.*

Oficio N° GA-42752-2017, del 20 de octubre de 2017: informe sobre *plazas de médicos especialistas que están siendo ocupadas sólo por cuatro horas* (39°, 8899).

Oficio N° GF-0876-2017/GA-42487-2017, de fecha 4 de setiembre de 2017: atención artículo 6°, sesión N° 8890 del 23-02-2017: *informe análisis plus salarial de representación judicial, origen e implicaciones (ejercicio de la labor de representación judicial sin límite de suma de los abogados que son funcionarios de la CCSS).*

A las dieciocho horas con veinticinco minutos se levanta la sesión.