

Acta de la sesión ordinaria número 9061, celebrada por la Junta Directiva de la Caja Costarricense de Seguro Social, a las nueve horas con cincuenta minutos del jueves 31 de octubre de 2019, con la asistencia de los señores: Presidente Ejecutivo, Dr. Macaya Hayes; Vicepresidenta, Bach. Abarca Jiménez. Directores: Dr. Devandas Brenes, Dr. Salas Chaves, Lic. Loría Chaves, 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.

La directora Solís Umaña informó, con la debida antelación, no participa en la sesión de esta fecha. Disfruta de permiso sin goce de dietas.

El director Steinvorth Steffen informó, con la debida antelación, que no le será posible participar en la sesión de esta fecha. Disfruta de permiso sin goce de dietas.

La directora Alfaro Murillo retrasará su llegada a esta sesión.

Participan en la sesión los licenciados: Juan Manuel Delgado Martén, asesor legal de la Junta Directiva y Laura Torres Lizano, jefe de despacho de la Gerencia General.

ARTICULO 1°

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

ARTICULO 2°

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

- I) **“Reflexión.**
- II) **9:30 a.m.: Visita: Consultores de HIMSS (Healthcare Information and Management Systems Society): encargada de certificar los hospitales y centros de salud: evaluación de los hospitales San Juan de Dios, San Vicente de Paúl y el CAIS de Siquirres.**
- III) **Aprobación actas de la sesión número 9057.**
- IV) **Correspondencia.**
- V) **Gerencia Financiera: para decisión.**
 - a) **Oficio N° GF-5477-2019**, de fecha 23 de octubre de 2019: presentación informe de ejecución presupuestaria del Seguro de Salud y el Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte al 30 de setiembre de 2019
 - b) **Oficio N° GF-3743-2019 (GG-1370-2019)**, de fecha 12 de agosto de 2019: presentación estados financieros institucionales del Seguro de Salud al 30 de junio de 2019; a cargo del licenciado Edgar Ramírez Rojas, Jefe de Área Contabilidad Financiera.

VI) Comité de Riesgos para los Fondos Institucionales.

- a) **Oficio N° CR-38-2019**, de fecha 27 de junio de 2019: atención artículo 52°, de la sesión N° 8985: propuesta “*Declaración del apetito del riesgo del Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte*”; anexa la nota N° DAE-0510-2019 del 09-05-2019.

VII) Gerencia Logística.

- a) **Oficio N° GL-1515-2019, (GG-1909-2019)** de fecha 22 de octubre de 2019: atención artículo 43°, de la sesión N° 9051, del 12-09-2019; ref.: oficio N° GL-1304-2019): en relación a la negociación con los contratistas en los casos de solicitud de incremento de consumo y presupuesto de los procedimientos de compra que se detallan:

- ❖ 2016ME-000122-5101 (Lidocaína al 10%),
- ❖ 2016ME-000167-05101 (Fórmula enteral libre de lactosa),
- ❖ 2017ME-000012-5101 (Valproato Semisódico) y
- ❖ 2017LN-000014-5101 (jeringa estéril de insulina).

- b) **Oficio N° GL-1434-2019 (GG-1774-2019)**, de fecha 27 de setiembre de 2019: informe adquisición de **Trastuzumab 600mg/5ml, código 1-10-41-653.**

VIII) Gerencia General.

- a) **Informe de resultados del taller: *La caja del futuro, más salud, mejores servicios y menores costos, aprobación de la Valuación Actuarial del Seguro de Salud.***
- b) **Informe de temas pendientes por conocer en la Junta Directiva.**

IX) Gerencia de Infraestructura.

- a) **Atención artículo 34°, acuerdo II, de la sesión N° 9059 del 24-10-2019: *Informe del Proyecto Red Digital Institucional de Imágenes Médicas (ReDIMed), octubre 2019 (Ref.: oficios N° GIT-1456-2019 y GIT-1471-2019).***
- b) **Oficio N° GIT-1483-2019**, de fecha 28 de octubre de 2019: propuesta adjudicación *Contratación a Precalificados 2018PR-000003-4402, Unidad de terapia renal del Hospital Enrique Baltodano de Liberia.*

Director Devandas Brenes:

Buenos días, compañeros. Yo veo que en el punto 11) está la Gerencia de Infraestructura con dos puntos que son para mi criterio muy importantes que son el de las imágenes médicas y el de la unidad de terapia renal del Hospital Enrique Baltodano de Liberia. Quería proponerles que nosotros pudiéramos pasar la correspondencia de último de la agenda, porque correspondencia siempre nos lleva dos y tres horas y lo pasamos de último para poder concentrarnos, tener más tiempo para discutir lo de Infraestructura, porque me parece que a la mayoría de los directores nos ha interesado la discusión, si ustedes están de acuerdo, es una propuesta para adelantar un poco

estos dos puntos. También está el Trastuzumab, pero ese está de noveno. Compañeros, con toda consideración, la verdad yo no puedo abusar mucho, pienso retirarme como a eso de las 4:00 p.m.

Nota: Todos los directores están de acuerdo.

Doctor Macaya Hayes:

Antes de votar esta modificación del orden. ¿Doctor Salas, usted tiene algo relacionado?

Director Salas Chaves:

Pero coordinado con el señor gerente, el tema del carné del ciudadano de oro. Yo no sé si ustedes lo quieren para hoy o para mañana, no sé si se podría incluir mañana. ¿Mañana no hay sesión?

Nota: Los señores directores indican no.

Director Salas Chaves:

Entonces, cuándo es la otra.

Directora Jiménez Aguilar:

Ahora Carolina nos va a pasar un cuadro del mes.

Director Devandas Brenes:

¿Qué es lo del carné?

Director Salas Chaves:

Claro. Es que el Banco Central y la persona de Carlos Melegatti, muy sensible al tema de los pensionados y las personas de la tercera edad, empezó a trabajar con Marianita una propuesta para transformar el carné de ciudadano de oro en un carné que es en realidad una tarjeta de débito para todos los pensionados del Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte (RIVM) del Poder Judicial y de todo el mundo. De manera que esa tarjeta le sirva de todo, de identificación, para que en el comercio cuando asista a comprar automáticamente en el momento de pagar le hagan los rebajos que el comercio tiene para las personas de la tercera edad, para el transporte que ya lo tiene con la cédula, pero ahí la modificación que hicieron fue que en el carné del ciudadano de oro le pusieron chip, le pusieron foto, le pusieron el número de cédula y el IBAN, una fantasía. Don Carlos Melegatti, como les digo, con esta enorme sensibilidad por este tema, se fue a negociarlo con los bancos comerciales y a todos les parece una maravilla esto, entonces este que es el carné de ciudadano de oro de la Caja tendría una fotografía, tendría el chip, tendría el número de cédula, tendría el IBAN, el logo de la Caja y, además, el logo del banco donde le depositan la pensión, entonces, se convierte en todo, es una maravilla. Lo más importante para la persona adulta mayor son como tres cosas: que pueda ahorrar un “cinquito” lo que se quede ahí en la cuenta, porque ya va a poder operar desde aquí, puede ir guardando y dejando saldos, la segunda es el transporte público, porque lo puede hacer con la cédula, mejor que guarde la cédula, muchos choferes se quedan con la cédula, ese carné funciona igual.

Director Devandas Brenes:

Tienen que venir aquí, ¿por qué?

Director Salas Chaves:

Porque es nuestra la tarjeta, de la Caja. Han trabajado con Marianita intensamente y ya se lo presentaron al señor gerente y entonces yo quisiera, así como mi despedida, que quede eso resuelto, porque en el fondo para mí lo único realmente importante es dignificar al anciano, o sea, una persona anciana que tenga una tarjeta de ese tipo, ya no es cualquiera, es una tarjeta igual a la tuya, es igual a la de cualquier otro, no hay diferencia en eso por más pobre que sea.

Director Devandas Brenes:

Por lo que está explicando don Álvaro me parece que no es tan extensa esa discusión, pareciera.

Director Loría Chaves:

Hagamos una moción. Yo veo que es muy importante lo que está diciendo don Álvaro, pero que lo está liderando Prestaciones Sociales, entonces, habrá que poner una moción para que la Gerencia General sea la encargada.

Director Devandas Brenes:

Parece que ya lo tienen listo.

Dr. Cervantes Barrantes:

No, estamos en la próxima semana.

Director Salas Chaves:

El Presidente ya lo vio, ¿usted lo vio?

Doctor Macaya Hayes:

Sí, aquí vinieron. También por definición todos están bancarizados, que eso cuesta en muchos países que todo el mundo tenga cuenta bancaria.

Director Salas Chaves:

Es que es un paso fundamental, bancarizar a todo el mundo. Lo que se buscaría es que el banco emisor le va a dar la tarjeta a todos los ancianos.

Director Devandas Brenes:

¿Lo vemos después del punto ocho?

Director Loría Chaves:

Pero, si ya está listo lo vemos de una vez.

Director Salas Chaves:

Yo les prometo que en 15 minutos salimos.

Doctor Macaya Hayes:

¿Entonces, es para incluir este tema a la agenda? ¿Ya está listo? ¿Ya usted sabe que vendría?

Dr. Cervantes Barrantes:

Sí.

Director Salas Chaves:

Esto cambió radicalmente a nuestros pensionados dignamente con una tarjeta de débito.

Doctor Macaya Hayes:

Dos temas, uno es subir en el orden el tema que mencionó don Mario y dos la inclusión de la tarjeta de ciudadano de oro.

Dr. Cervantes Barrantes:

¿Los dos temas que mencionaba don Mario? ¿Él mencionó dos?

Director Loría Chaves:

Sí, correcto.

Doctor Macaya Hayes:

Entonces, los dos temas de Mario e incluimos el tema del doctor Salas y la correspondencia al final. Procedemos a votar. En firme.

Con base en lo deliberado, la Junta Directiva -en forme unánime- **ACUERDA** cambiar el orden de la agenda, de la siguiente forma:

- a. Trasladar la correspondencia al final del día.
- b. Adelantando el punto XI, como punto V.
- c. Incluir el tema de Ciudadano de Oro luego del almuerzo.

Ingresa al salón de sesiones el Ing. José Manuel Zamora Moreira, Jefe Componentes de Servicios de Valor, Diego Leiva Alfaro, Analista de Sistemas, el doctor Eduardo Rodríguez Cubillo líder usuario, EDUS, el consultor Claudio Guiliano Consultor HIMMS, ingeniero Luis

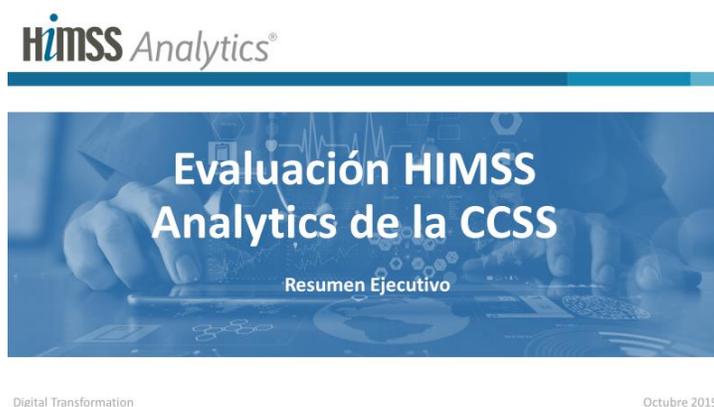
Fernando Porras, Gerente de Logística y la licenciada Karen Vargas, asesora de la Gerencia Médica.

ARTICULO 3°

Visita: Consultores de HIMSS (Healthcare Information and Management Systems Society): encargada de certificar los hospitales y centros de salud: evaluación de los hospitales San Juan de Dios, San Vicente de Paúl y el CAIS de Siquirres.

La presentación se encuentra a cargo del ingeniero Manuel Rodríguez y el señor Claudio Guiliano Consultor HIIMS, con ayuda de las siguientes filminas:

1)



2)

Transformando la Salud a Través de las TICs



himss.org

HIMSS es una organización global sin ánimo de lucro enfocada en mejorar la prestación de cuidados de salud a través de la tecnología y la información.

Digital Transformation

Octubre 2019

3)

Modelos de Madurez para Salud Digital



himssanalytics.org

La HIMSS Analytics es un *advisor* global en Salud, impulsando la industria con insights a través de los modelos de madurez, ofertando un *roadmap* a la transformación digital en Salud.

Digital Transformation

Octubre 2019

4)

Guiando la Transformación Digital



FOLKS es una firma de consultoría y capacitación en Salud Digital con oficina en São Paulo, Brasil, con proyectos de transformación digital en hospitales, clínicas, planes de salud y gobiernos.

Representante oficial y exclusiva de la HIMSS Analytics para Latinoamérica.

Digital Transformation

Octubre 2019

5)

Salud Digital

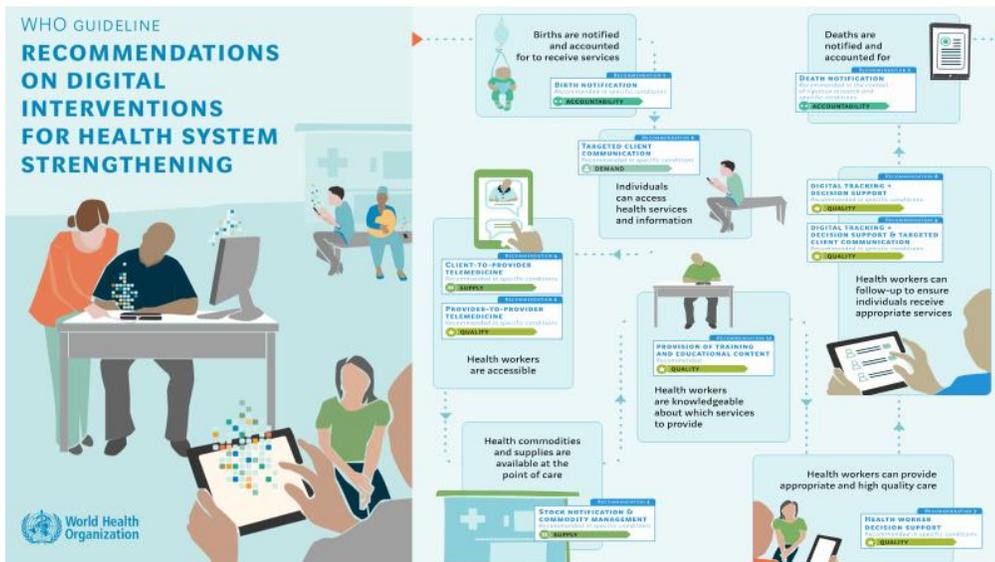
El uso de la tecnología y información para ayudar la comunicación en las áreas de Salud y áreas relacionadas a Salud.

WHO guideline
recommendations on digital interventions for health system strengthening

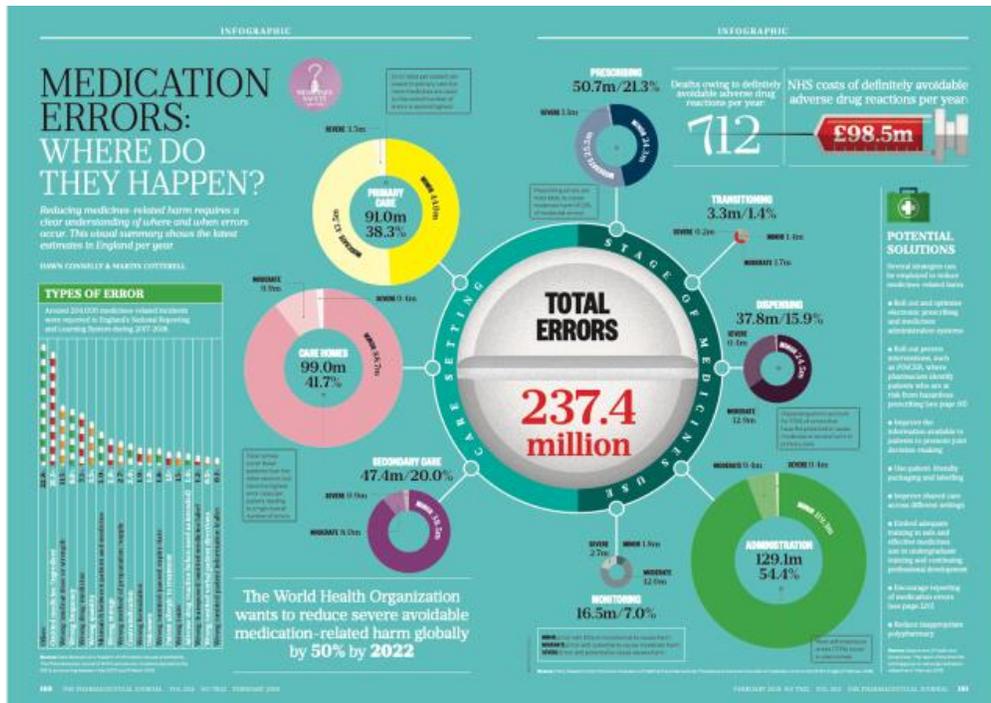


Canada Health Infoway

6)



7)



8)

Errores en la medicación

- EEUU: cada año mueren 7.000 a 9.000 pacientes
- Inglaterra: 12% de error en la atención primaria
- Arabia Saudita: 20% de las prescripciones con errores en la atención primaria
- México: 58% de las prescripciones con errores

9)

Beneficios con la Salud Digital

- Seguridad del paciente
- Calidad asistencial
- Eficiencia operacional
- Reducción de costos
- Satisfacción del paciente
- Satisfacción del profesional



10)

Desafíos de la Salud Digital

- Seguridad de la información
- Compliance
- Gobernanza
- Soluciones más avanzadas
- Conectado en el proceso asistencial
- Continuidad del cuidado e interoperabilidad
- Infraestructura y alta disponibilidad
- Proyectos muy complejos



Digital Transformation

HIMSS Analytics®

Octubre 2019

11)

HIMSS Analytics®



Digital Transformation

Octubre 2019

12)

Modelos de Madurez de HIMSS Analytics

- Guías de la transformación digital en Salud
- Inspiración y orientan la industria
- Desarrollo de un roadmap
- Visión convergente y direccionada
- Encoraja el trabajo colectivo
- Es un benchmarking global
- Agnóstico de proveedor



Digital Transformation

HIMSS Analytics®

Octubre 2019

13)

Jornada de la Salud Digital

HIMSS Analytics presenta el camino para una institución de salud sea digital, a través de una metodología objetiva y global



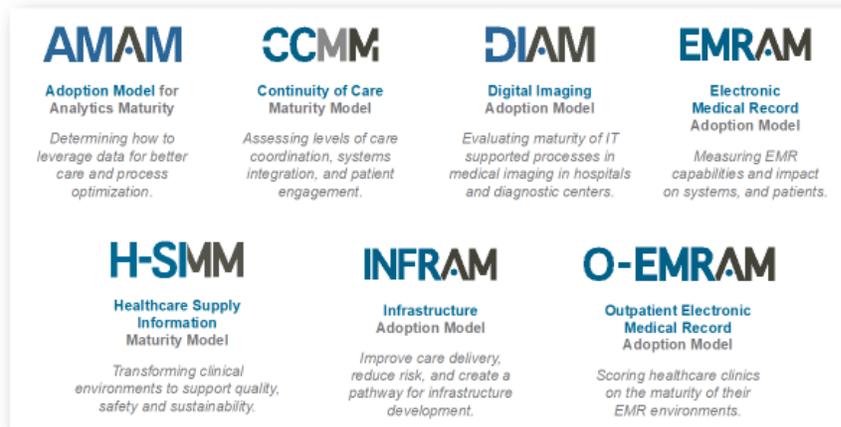
Digital Transformation

HIMSS Analytics®

Octubre 2019

14)

Framework da Saúde Digital



Digital Transformation

HIMSS Analytics®

Octubre 2019

15)

Que son las certificaciones de HIMSS Analytics?

Con base en los modelos de madurez, las certificaciones de HIMSS Analytics son reconocidas globalmente como herramientas de transformación digital en el cuidado de la salud, promoviendo la adopción de las TIC con el objetivo de la seguridad del paciente, la calidad de la atención y la eficiencia operativa.



Digital Transformation

HIMSS Analytics®

Octubre 2019

16)

Capa Digital de la HIMSS Analytics

Los modelos de madurez de HIMSS Analytics funcionan como una capa digital para los procesos y controles de la institución, tornándolos automatizados y permanentes, complementando las otras acreditaciones en la área de Salud.



HIMSS Analytics[®]



Digital Transformation

HIMSS Analytics[®]

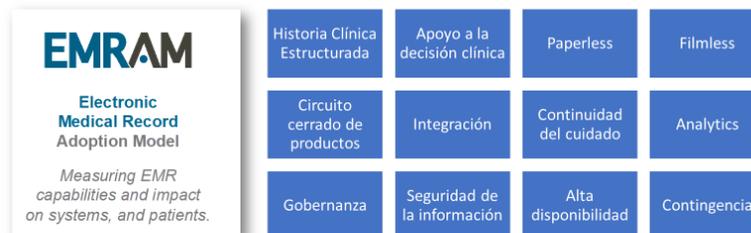
Octubre 2019

17)

NIVEL	HIMSS Analytics EMRAM Modelo de Adopción del Registro Médico Electrónico (EMR) - Capacidades Cumulativas
7	Registro Médico Electrónico (EMR) completo; Intercambio Externo de Datos de Salud (HIE); Análisis de Datos; Gobernanza; Recuperación ante Desastres; Privacidad y Seguridad
6	Administración de Fármacos asistida Electrónicamente; Productos de Sangre, y Administración de Leche Materna; Reporte de Riesgos; Apoyo a la Decisión Clínica (CDS) completa
5	Plantillas Estructuradas para la Documentación Clínica; Protección de Dispositivos/contra Intrusos
4	Sistema Computarizado de Entrada de Órdenes Médicas (CPOE) con Apoyo a la Decisión Clínica (CDS); Documentación de Enfermería y Profesionales de Salud Afiliados; Continuidad del Negocio Básico
3	Documentación de Enfermería y Profesionales de Salud Afiliados; Registro Electrónico de Administración de Medicamentos; Seguridad basada en Roles
2	Registro Médico Electrónico (CDR); Interoperabilidad Interna; Seguridad Básica
1	Auxiliares - Sistemas de Información para Laboratorio, Farmacia y Radiología/Cardiología; PACS; Administración de Imágenes Digitales No-DICOM
0	Sistemas de Información para Laboratorio, Farmacia y Radiología/Cardiología no están instalados

18)

Conceptos fundamentales del EMRAM



Digital Transformation

HIMSS Analytics[®]

Octubre 2019

19)

STAGE	HIMSS Analytics O-EMRAM Outpatient EMR Adoption Capabilities
7	Complete EMR: external HIE, data analytics, governance, disaster recovery
6	Advanced clinical decision support; proactive care management, structured messaging
5	Personal health record, online tethered patient portal
4	CPOE, Use of structured data for accessibility in EMR and internal and external sharing of data
3	Electronic messaging, computers have replaced paper chart, clinical documentation and clinical decision support
2	Beginning of a CDR with orders and results, computers may be at point-of-care, access to results from outside facilities
1	Desktop access to clinical information, unstructured data, multiple data sources, intra-office/informal messaging
0	Paper chart based

20)

HIMSS Analytics Continuity of Care Maturity Model

Stage 7	Knowledge driven engagement for a dynamic, multi-vendor, multi-organizational interconnected healthcare delivery model
Stage 6	Closed loop care coordination across care team members
Stage 5	Community-wide patient record using applied information with patient engagement focus
Stage 4	Care coordination based on actionable data using a semantic interoperable patient record
Stage 3	Normalized patient record using structural interoperability
Stage 2	Patient-centered clinical data using basic system-to-system exchange
Stage 1	Basic peer-to-peer data exchange
Stage 0	Limited to no e-communication

21)

STAGE	HIMSS Analytics AMAM Adoption Model for Analytics Maturity Cumulative Capabilities
7	Personalized medicine & prescriptive analytics
6	Clinical risk intervention & predictive analytics
5	Enhancing quality of care, population health, and understanding the economics of care
4	Measuring and managing evidence based care, care variability, and waste reduction
3	Efficient, consistent internal and external report production and agility
2	Core data warehouse workout: centralized database with an analytics competency center
1	Foundation building: data aggregation and initial data governance
0	Fragmented point solutions

22)

STAGE	HIMSS Analytics DIAM Digital Imaging Adoption Maturity Cumulative Capabilities	
7	All three	For stages 5-7, these specialized stages can be adopted in any order: A. Analytics and personalized medicine capabilities B. Clinical Decision Support and value-based imaging C. Advanced HIE and patient engagement
6	Two of three	
5	One of three	
4	Fully integrated and digitized image management	
3	Workflow and Process Security	
2	Imaging IT Infrastructure available enterprise-wide	
1	Imaging IT Infrastructure available in one service area	
0	No electronic image management	

23)

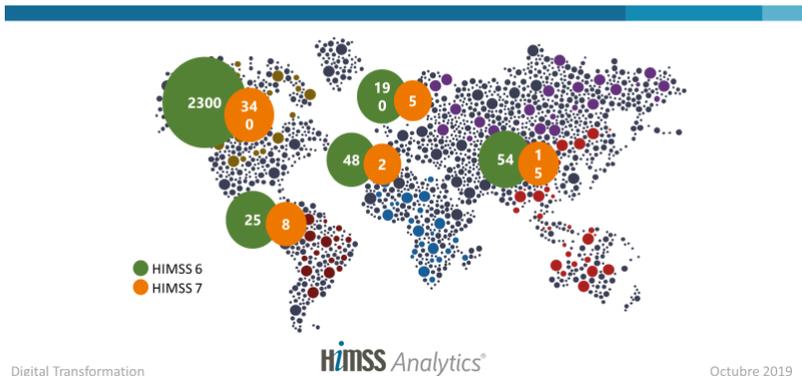
STAGE	HIMSS Analytics INFRAM Infrastructure Adoption Model Cumulative Capabilities	
7	Adaptive and flexible network control with software defined networking; home-based tele-monitoring; internet/TV on demand	
6	Software defined network automated validation of experience; on-premise enterprise/hybrid cloud application and infrastructure automation	
5	Video on mobile devices; location-based messaging; firewall with advanced malware protection; real-time scanning of hyperlinks in email messages	
4	Multiparty video capabilities; wireless coverage throughout most premises; active/active high availability; remote access VPN	
3	Advanced intrusion prevention system; rack/tower/blade server-based compute architecture; end-to-end QoS; defined public and private cloud strategy	
2	Intrusion detection/prevention; informal security policy; disparate systems centrally managed by multiple network management systems	
1	Static network configurations; fixed switch platform; active/standby failover; LWAP-only single wireless controller; ad-hoc local storage networking; no data center automation	
0	No VPN, intrusion detection/prevention, security policy, data center or compute architecture	

24)

STAGE	HIMSS Analytics CISOM Clinically Integrated Supply Outcomes Model	
7	Clinically integrated supply chain achieved enabling precision and personalized healthcare, traceability of care processes, and products used in care linked to patient outcomes to identify the conditions by which best outcomes are achieved for unique population segments	
6	Transparency across patient journey of care supports automated traceability of patient care processes and products used in care; provider teams all linked to individual patient outcomes	
5	Supply chain processes are automated and integrated at the point of care to enable complete traceability of products, care processes, and automated tracking of adverse events and product recalls	
4	Integration of supply chain processes into clinical programs support optimization of inventory management linked to patient care needs	
3	Supply chain strategy creates visibility of inventory across the organization, automates financial processes, and informs product standardization	
2	Inventory tracking and automation focus on optimization of supply costs and inventory management	
1	Basic supply chain processes are established as a business function for the organization	
0	Inventory and supply processes are manual; there is no supply chain strategy identified for the organization	

25)

Certificaciones EMRAM 6/7



26)

EMRAM Nivel 7 en Latinoamérica

Digital Transformation HIMSS Analytics® Octubre 2019

27)

EMRAM Nivel 6 en Latinoamérica

<p>Argentina: Hospital Privado de Córdoba</p> <p>Chile: Clínica Las Condes</p> <p>Colômbia: Fundación Valle del Lili</p> <p>Brasil: BP Filantrópico Cardiopulmonar Hospital 9 de Julho Hospital Alemão Oswaldo Cruz Hospital do Idoso Zilda Arns Hospital Israelita Albert Einstein</p>	<p>Hospital Novo Metropolitano Hospital Português Hospital Samaritano de São Paulo Hospital Santa Catarina Hospital Santa Marta Hospital Santa Rosa Hospital São Camilo - Unidade Pompéia Hospital São Camilo - Unidade Santana Hospital Sírio Libanês Instituto de Ortopedia de Palmas (Intensicare) Promatre Paulista Unimed Belo Horizonte - Maternidade Grajáú Unimed Caruaru Unimed Chapecó Unimed Sulcapiçaba</p>
---	---

Digital Transformation HIMSS Analytics® Octubre 2019

28)

STAGE	HIMSS Analytics® EMRAM EMR Adoption Model Cumulative Capabilities	Beneficios en Nivel 7
7	Complete EMR; External HIE; Data Analytics, Governance, Disaster Recovery, Privacy and Security	En el Nivel 4 y 5, los Médicos empezan trabajando con CPOE y Documentación.
6	Technology Enabled Medication, Blood Products, and Human Milk Administration; Risk Reporting; Full CDS	
5	Physician documentation using structured templates; Intrusion/Device Protection	En estos niveles, la carpeta clínica es una combinación híbrida de en línea y en papel. Solo puede proporcionar un apoyo de decisión clínica rudimentario para el Médico.
4	CPOE with CDS; Nursing and Allied Health Documentation; Basic Business Continuity	
3	Nursing and Allied Health Documentation; eMAR; Role-Based Security	
2	CDR; Internal Interoperability; Basic Security	
1	Ancillaries - Laboratory, Pharmacy, and Radiology/Cardiology Information systems; PACS; Digital non-DICOM image management	
0	All three ancillaries not installed	

Octubre 2019

29)



Caja Costarricense de Seguro Social

EMRAM

Electronic Medical Record Adoption Model

Measuring EMR capabilities and impact on systems, and patients.

Evaluación em 2019

O-EMRAM

Outpatient Electronic Medical Record Adoption Model

Scoring healthcare clinics on the maturity of their EMR environments.

Digital Transformation

HIMSS Analytics®

Octubre 2019

30)

Unidades evaluadas en 2019

Evaluación Básica

- EBAIS San Martin de Siquirres
- Hospital de la Anexion
- Hospital San Juan De Dios
- Hospital de Heredia San Vicente de Paúl

Evaluación Presencial

- EBAIS San Martin de Siquirres
- Hospital de Heredia San Vicente de Paúl

31)

Puntos positivos

- Expediente Clínico digital integrado en todo la Costa Rica!!!
- Liderazgo de la CCSS
- Interface muy amigable y intuitiva (usabilidad)
- Compromiso de todos los jefes, gerentes y directores
- Conocimiento de los profesionales de salud a cerca el Expediente Digital

32)

Resumen de la evaluación EMRAM



33)

Hospital de la Anexion

EMRAM

Congratulations! You have taken the first step to advancing your electronic medical record strategy with the HIMSS Electronic Medical Record Adoption Model (EMRAM).

Your Baseline Score:

To achieve a given Stage an organization must score 100% for overall accomplishment for that Stage and all previous Stages.

Stage Achievement	% Achievement	Highest Stage achieved
	0	% accomplishment against entire EMRAM
Stage 7	63 %	On site validation required
Stage 6	0 %	Phone validation required
Stage 5	29 %	Not Yet Achieved
Stage 4	87 %	Not Yet Achieved
Stage 3	94 %	Not Yet Achieved
Stage 2	100 %	Not Yet Achieved
Stage 1	86 %	Not Yet Achieved
	78 %	Not Yet Achieved

Nivel 0 (zero)

34)

Hospital San Juan De Dios

HIMSS Analytics EMRAM

Congratulations! You have taken the first step to advancing your electronic medical record strategy with the HIMSS Electronic Medical Record Adoption Model (EMRAM).

Your Baseline Score:

To achieve a given Stage an organization must score 100% for overall accomplishment for that Stage and all previous Stages.

Stage Achievement	0	Highest Stage achieved
% Achievement	73 %	% accomplishment against entire EMRAM
Stage 7	0 %	On site validation required
Stage 6	90 %	Phone validation required
Stage 5	17 %	Not Yet Achieved
Stage 4	61 %	Not Yet Achieved
Stage 3	100 %	Not Yet Achieved
Stage 2	70 %	Not Yet Achieved
Stage 1	56 %	Not Yet Achieved

Nivel 0 (zero)

Digital Transformation

Octubre 2019

35)

EBAIS San Martin de Siquirres

HIMSS Analytics O-EMRAM

Congratulations! You have taken the first step to advancing your electronic medical record strategy with the HIMSS Outpatient Electronic Medical Record Adoption Model (O-EMRAM).

Your Baseline Score:

To achieve a given Stage an organization must score 100% for overall accomplishment for that Stage and all previous Stages.

Stage Achievement	2	Highest Stage achieved
% Achievement	41 %	% accomplishment against entire O-EMRA
Stage 7	52 %	On site validation required
Stage 6	0 %	Phone validation required
Stage 5	40 %	Not Yet Achieved
Stage 4	69 %	Not Yet Achieved
Stage 3	57 %	Not Yet Achieved
Stage 2	100 %	Achieved
Stage 1	100 %	Achieved

Nivel 2 (dos)

Digital Transformation

Octubre 2019

36)

EBAIS San Martin de Siquirres

Categorías	Requisitos mandatorios O-EMRAM Nivel 6				
	En conformidad	No conforme	Conformidad parcial	No aplicable	Pendiente
CPOE	33%	50%	17%	0%	0%
Documentación Clínica	20%	60%	20%	0%	0%
Categorías	Requisitos mandatorios O-EMRAM Nivel 6				
TOTAL	24%	57%	17%	0%	2%
Portal del Paciente	29%	57%	14%	0%	0%
Radiología	0%	82%	9%	0%	9%
Salud Poblacional	100%	0%	0%	0%	0%
Uso del sistema	0%	100%	0%	0%	0%
TOTAL	24%	57%	17%	0%	2%

Digital Transformation

Octubre 2019

37)

Hospital de Heredia San Vicente de Paúl



Congratulations! You have taken the first step to advancing your electronic medical record strategy with the HIMSS Electronic Medical Record Adoption Model (EMRAM).

Your Baseline Score:

To achieve a given Stage an organization must score 100% for overall accomplishment for that Stage and all previous Stages.

Stage Achievement	1	Highest Stage achieved
% Achievement	66 %	% accomplishment against entire EMRAM
Stage 7	0 %	On site validation required
Stage 6	33 %	Phone validation required
Stage 5	93 %	Not Yet Achieved
Stage 4	100 %	Not Yet Achieved
Stage 3	100 %	Not Yet Achieved
Stage 2	80 %	Not Yet Achieved
Stage 1	100 %	Achieved

Nivel 1 (uno)

38)

Hospital de Heredia San Vicente de Paúl

Categorías	Requisitos obligatorios EMRAM Nivel 7				
	En conformidad	No conforme	Conformidad parcial	No aplicable	Pendiente
Analytics	8%	50%	42%	0%	0%
Escaneo a pie de cama	0%	92%	8%	0%	0%
Requisitos obligatorios EMRAM Nivel 7					
Categorías	En conformidad	No conforme	Conformidad parcial	No aplicable	Pendiente
TOTAL	21%	68%	11%	0%	0%
Gobernanza	33%	33%	33%	0%	0%
Integración con Dispositivos Médicos	0%	100%	0%	0%	0%
Laboratorio y Banco de Sangre	27%	55%	18%	0%	0%
Radiología	8%	77%	15%	0%	0%
Seguranza de la Información	56%	44%	0%	0%	0%
Interoperabilidad	100%	0%	0%	0%	0%
Uso de Sistema	67%	33%	0%	0%	0%
TOTAL	21%	68%	11%	0%	0%

Digital Transformation

Octubre 2019

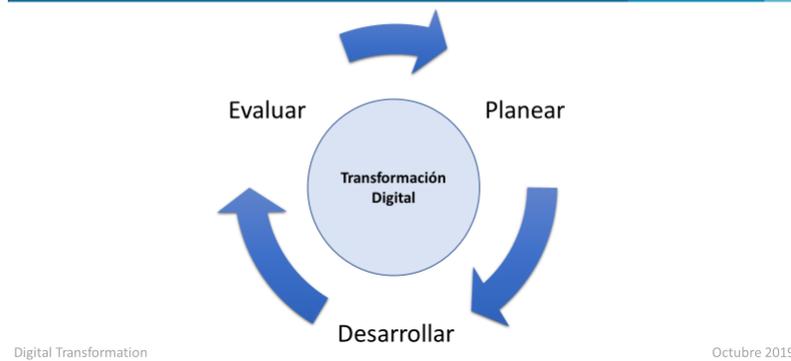
39)

Próximos pasos

Acelerar!

40)

Etapas de la Transformación Digital



41)

Programa de Salud Digital



42)

Plan de Acción

Desarrollar un plan de acción para acelerar la transformación digital de la salud con los siguientes componentes (embasado en el documento eHealth Strategy da WHO):



Digital Transformation

HIMSS Analytics®

Octubre 2019

43)

Evaluación de la Madurez Digital



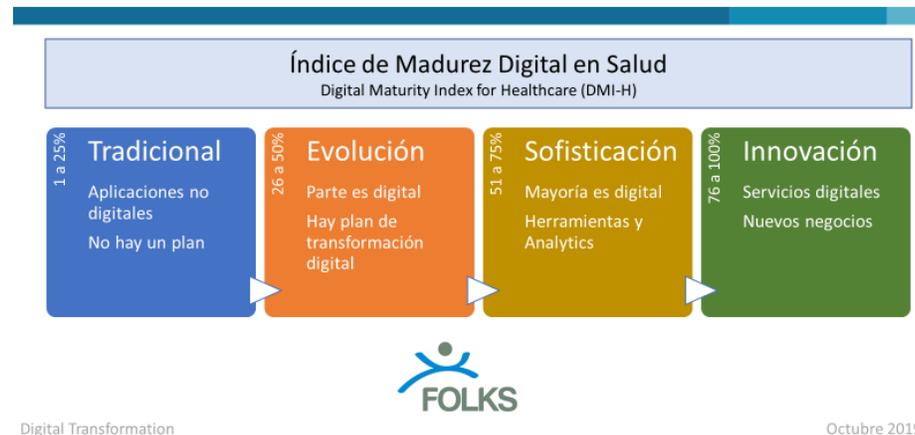
44)

Dimensiones y Dominios



45)

Fases de la Transformación Digital en Salud



46)

Seguimiento de la Transformación Digital



47)

Prioridades a EDUS

1. Integración de los sistemas de laboratorio y imágenes
2. Apoyo a el tomo de decisión clínica
3. Circuito cerrado de administración de medicamentos
4. Expediente personal de salud
5. Analytics
 1. Business Intelligence (BI) – cuadro de mando – Asistencial, Operacional y Financiera
 2. Democratización de datos y informaciones
6. Integración con otros sistemas estratégicos

Digital Transformation

HIMSS Analytics®

Octubre 2019

48)

Recomendaciones finales

1. Priorizar los problemas de salud más importantes (no la tecnología por la tecnología)
2. Capacitar jefaturas, gerentes y directores
3. Cambiar y mejorar procesos asistenciales
4. Invertir más en involucrar los pacientes
5. Desarrollar funcionalidades más avanzadas
6. Planear con ciclos más pequeños (quick wins)

Digital Transformation

HIMSS Analytics®

Octubre 2019

49)

En 2 años...



Caja Costarricense de Seguro Social

HIMSS Analytics[®] STAGE 6

HIMSS Analytics[®] STAGE 7

Digital Transformation

Octubre 2019

50)

Contacto

Claudio Giulliano
claudio@folks.la



Web: www.folks.la

FOLKS está liderando las actividades de HIMSS Analytics en toda America Latina.

Digital Transformation

HIMSS Analytics[®]

Octubre 2019

51)

HIMSS

- Considerando la exposición realizada por el señor Claudio Giuliano consultor HIMSS así como la recomendación del ingeniero Manuel Rodríguez, Director EDUS, la Junta Directiva **ACUERDA**: instruir a la Gerencia Médica para que presente el plan de trabajo, para la implementación del proceso de certificación de los hospitales y centros de salud: evaluación de los hospitales San Juan de Dios, San Vicente de Paúl y el CAIS de Siquirres, en el plazo de dos meses.

Digital Transformation

HIMSS Analytics[®]

Octubre 2019

Ingresa al salón de sesiones la directora Alfaro Murillo

Doctor Macaya Hayes:

Bienvenidos.

Ing. Rodríguez Arce:

Buenos días. El grupo lo integran el doctor Ruiz, don Jorge Granados que está frente de Logística. Muchas gracias por el espacio. Don Claudio Guiliano es consultor del HIMSS, el HIMSS es una organización sin fines de lucro y es la organización más grande a nivel global en materia de plan de innovación en salud. La Caja firma un proceso con HIMSS para hacer la evaluación de los procesos de salud, con un modelo que se tiene acá en los hospitales digitales o centros de salud digitales. Traemos una evaluación previa.

Director Loría Chaves:

Manuel, tal vez explicás más lo de la organización, que nosotros somos parte de una organización.

Ing. Rodríguez Arce:

Es una organización global y la Caja tiene un convenio con HIMSS para ciertos procesos específicos, básicamente es evaluación de centros de salud e incluso algunas mejores prácticas también que podamos compartir. Tal vez acá lo importante es que tenemos un estándar, una mejor práctica, entonces tenemos un modelo que ahorita, tal vez don Claudio les amplía, que tiene siete niveles de 0 a 7, hay una escala donde a través de un tipo benchmarking podemos tener una claridad de en qué nivel de automatización estamos en materia de expediente electrónico. Hicimos, en este caso, se evaluaron de forma virtual cuatro centros: Hospital San Juan de Dios, Hospital de Heredia, Hospital de Nicoya y CAIS de Siquirres, don Claudio vino con los muchachos de manera presencial y estuvimos en Siquirres el lunes, martes y miércoles en el Hospital de Heredia haciendo ya una evaluación presencial. Queríamos compartirles, es más de modo informativo, no hay acuerdo de por medio, pero sí queríamos que don Claudio les comentara un poco también cuál es la tendencia global en materia de salud digital y compartir un poquito los resultados con base en lo que tenemos hoy en día.

Sr. Claudio Guiliano:

Muchas gracias a Manuel por la invitación, es un placer estar acá en Costa Rica, yo soy de Brasil, soy un médico en Brasil, trabajo solo hoy con la tecnología de la información en salud, lo que llamamos salud digital y soy hoy un nuevo aliado de HIMSS para Latinoamérica, y como decía Manuel, HIMSS es un órgano a nivel global sin fines de lucro que tiene la misión de hacer la transformación digital, el inspector de salud, eso que hacemos HIMSS también tiene una conferencia muy grande en Estados Unidos, que es una conferencia con más de 40.000 personas entre profesionales en salud, en tecnología para hacer discusiones acerca de lo que llamamos salud digital. HIMSS tiene una división que es HIMSS Analytics, HIMSS Analytics es una división que está encargada de hacer el desarrollo que llamamos el modelo madre, que voy a compartir un poco con ustedes qué es, qué es nuestra metodología de hacer una evaluación en salud digital y nuestra empresa es una firma de consultoría que es el representante oficial de HIMSS para Latinoamérica. Cuando hablamos de salubridad es un concepto que la Organización Mundial de Salud ahora tiene una definición muy clara que es el uso de la tecnología de información y comunicación en áreas de salud, es muy general, entonces, estamos hablando de informática, computación, tecnologías de telemedicina y todo lo demás, para hacer un soporte informático para la práctica especial, no es solo la práctica operativa o de gestión, hablamos de tecnología para mejorar el proceso especial y lo que llamamos de salud digital y muchos otros países también están involucrados en proyectos

nacionales. Un ejemplo que me gusta mucho, que es muy exitoso, es el hospital de Canadá que tiene una visión muy general en salud digital, que muchas veces combinamos salud digital, tal vez nuestra cabeza tenga solo el expediente digital y no es solo expediente digital, cuando hablamos de salud digital. Esto que pasa en Canadá y hay también un libro muy interesante de la Organización Mundial Salud (OMS) que llamamos interdecisiones en salud basada en tecnología y hay hoy recomendaciones de la Organización Mundial de Salud de que debe ser un país para que la salud, sea más digital e incluso pueda mirar los problemas efectivos de salud, cómo hacer una mejor salud haciendo la utilización de tecnologías de información, ese es un libro muy interesante. También un problema mundial es un estudio mundial de mejoras en el ciclo de la medicación y hay un estudio en Inglaterra que tiene muchos errores en todos los ciclos de la medicación, empezando con la reconciliación, prescripción, dispensación y administración, hay muchos errores. Entonces, hay muchos países también que, por ejemplo, Estados Unidos cada año tiene más o menos 9.000 pacientes que mueren (...) en los ciclos de la medicación. Por ejemplo, México tiene 58% (...) mejores de la prescripción, entonces, se puede pensar qué pasa acá en Costa Rica, qué pasa en Brasil, Argentina y otros países de Latinoamérica. Esto es un problema y estos problemas pueden hacer mejoras a lo que llamamos salud digital, hoy hay también muchos estudios internacionales presentando beneficios de salud digital, de seguridad del paciente, calidad asistencial, eficiencia operacional, reducción de costos, satisfacción del paciente y satisfacción del profesional que también es muy importante. Estos son los beneficios de estudios que presentan “compliance”, pero también hay muchos desafíos -que por ejemplo en Costa Rica está también enfrentando- por ejemplo el desafío de la seguridad de la información, la información es digital y puede, entonces, un “hacker” puede hacer alguna cosa con la información. Es muy importante tener una infraestructura computacional y una infraestructura digital que hay que garantizar de una alta disponibilidad para garantizar que sí hay digital, el sistema tiene que ser en línea, no puede estar “off line”.

Director Devandas Brenes:

¿Qué es “compliance”?

Sr. Claudio Guiliano:

“Compliance” son reglas internacionales y otras acreditaciones, muchas otras reglas que hay que cumplir, para tener por ejemplo, una seguridad del paciente más alta, o “compliance”, reglas locales que tiene muchas veces normativas nacionales para la protección de la información del paciente, que puede hacer un médico, que puede hacer una enfermera con la información o no, entonces, son reglas locales o internacionales.

Director Loría Chaves:

También tiene que ver mucho con reglas que se tienen desde el punto de vista legal, para sancionar ciertas prácticas que no son correctas, ya hay como el Código Penal, pero a nivel informático.

Sr. Claudio Guiliano:

Por ejemplo, hay unos locales, en Brasil hay una normativa que para telemedicina, en Brasil no hay telemedicina, sino hay médico desde los dos puntos, yo soy parte del Consejo Nacional de Médicos en Brasil y hay una discusión muy intensa, es una normativa y hay que estar en

“compliance” en el proceso nacional, es una discusión muy grande de telemedicina, después puedo compartir la experiencia.

Director Loría Chaves:

¿Tiene mucho contenido ético? Es decir, las sanciones y el manejo de la ética en todos los procesos.

Sr. Claudio Guiliano:

Exactamente. Sí estamos de acuerdo que la salud digital es una cosa buena, entonces hay que tener una metodología para hacer este camino hacia lo que llamamos salud digital y nosotros también como área de salud gustamos mucho de una metodología con evidencias que puede ser una guía, un protocolo que pueda presentar cuáles son las etapas, los niveles y las mejores prácticas. Nosotros como HIMSS desarrollamos lo que llamamos el Modelo de Madurez, que son guías manuales, protocolos para la conformación digital en salud y que tienen, incluso, un benchmarking global, se habla de un nivel seis o siete del Modelo de Madurez de HIMSS, es el mismo estándar que tienen los otros países, es un estándar global y es una ayuda de la jornada digital y tiene muchos modelos y eso es una metodología muy objetiva, porque hay que ser objetiva para poder hacer un guía, presentar el camino hacia lo que llamamos salud digital. Hoy HIMSS tiene siete modelos de madurez para la transformación digital en salud, y tiene dos más importantes que son los modelos más importantes del mundo en modelos y madurez y transformación digital que llamamos en inglés Emram (*Electronic Medical Record Adoption Model*), (...) son los modelos para hospital y ambulatorio, exactamente, es el modelo de madurez que armamos en conjunto acá con la Caja haciendo evaluaciones, basadas en esos dos modelos de madurez, pero hay muchos otros modelos que pueden guiar, por ejemplo, lo que llamamos “supply chain” la cadena de medicamentos con lo que se puede hacer mucho más automática. Al final cuando una organización de salud está lista para el nivel siete, entonces, hay una auditoría internacional que va a hacer una certificación diciendo que la organización de salud logró con éxito lo que llamamos nivel seis o siete. Entonces, está el nivel cinco que no hay una auditoría, en el nivel seis o siete sí hay una auditoría internacional, una certificación y es como una capa digital. Tal vez, ustedes tengan un conocimiento más grande acerca de lo que es *Joint Commission International* (JCI), para acreditar los hospitales o qué es analytics de los modelos de madurez, es como una capa digital para que las otras acreditaciones que también tienen reglas, procesos y normativas puedan ser más eficientes, más seguras con el soporte informatizado, entonces, una capa digital en proceso de extinción. Este es un modelo más técnico, no pude hacer un detalle de todos los requerimientos, pero una visión general del modelo Emram, que es el modelo que hacemos acá para evaluación entre hospitales de Costa Rica. Una cosa que es muy importante, conceptos fundamentales ¿de qué estamos hablando? Estamos hablando de una historia clínica electrónica digital, pero no solamente libre, una información estructurada que puede ser un apoyo en la clínica, ayudar al profesional a pie de cama en una cirugía ambulatoria, en el momento en que está haciendo una evaluación de un paciente y que el sistema sea capaz de hacer una sugerencia mira, el paciente es diabético ¿cuál es el protocolo para diabéticos en Costa Rica? Si el paciente tiene un riesgo muy alto para hacerle una trombólisis, entonces, hay también más sugerencias del sistema, lo que llamamos apoyo a la decisión clínica. Cuando hay también un nivel siete es llamado “paperless” una expresión en inglés que es sin papel, si es digital no hay que hacer más el expediente en papel. Otra cosa que es muy importante es el modelo de HIMSS, lo que llamamos el circuito cerrado de la administración de productos y/o medicamentos, es la capacidad que el sistema tiene de garantizar que tiene los medicamentos que son ciertos para el paciente diabético, estoy hablando ahora de seguridad del paciente, (...) de la

pulserita del paciente, de todos los medicamentos para que de manera automática, el sistema pueda garantizar que los medicamentos son los correctos, es una cosa interesante también y otros conceptos fundamentales que están también en el Modelo EMRAM. En general, es una institución de salud que es sin papel, altamente digital, con la (...) clínica que tiene mucha cosa, lo que llamamos el concepto de analytics que es la toma de decisión basada en datos e informaciones concretas, esto es la información general. Tiene otros modelos que no voy a hacer un detalle acá, modelo para ambulatorio, que es un modelo que ustedes están muy bien, es un modelo que nosotros estamos hablando con el equipo de Manuel porque es un modelo que llamamos continuidad del cuidado para garantizar que el expediente que ahora es digital sea compartido en todos los niveles de sistemas de salud, si estoy ingresando de atención primaria, después secundaria y terciaria hay que tener una integración y ustedes tienen acá una cosa que es maravillosa que es interoperabilidad, compartir la historia clínica, compartir la experiencia digital del paciente en toda las unidades de salud del país, es fantástico. Este es el otro modelo, modelo para analytics que es para el uso de la información, cosas un poco más sofisticadas, por ejemplo, que llamamos analytics preventivo, hacer un estudio, qué va a pasar el próximo año, si hay mucho dengue, entonces hay que hacer un control mucho más efectivo en emergencias de todo el país, es un analytics que mira el futuro. Tenemos también imágenes digitales, tengo una infraestructura computacional digital, computadora, data center y otras cosas más, un modelo que es más nuevo para la cadena de suplementos y que ese paso hasta ahora es a nivel mundial, alrededor del mundo tiene que estar evolucionando y certificando a la organización de salud, especialmente hospitales, acá un modelo EMRAM. En Latinoamérica tenemos hoy ocho hospitales que son nivel siete que es el nivel máximo que es acá un hospital digital. Entonces, son ocho, siete están en Brasil y uno está en Buenos Aires-Argentina, es el Hospital Italiano. Son ciertos hospitales que todos los conceptos del EMRAM están listos, que es un hospital digital, que tiene seguridad del paciente, que tiene todos los requerimientos mandatorios del modelo listos, operativos, son entonces hospitales digitales, son ocho, que me gusta mucho, aquí tienen muchos más hospitales nivel siete en Latinoamérica que los que se tienen en Europa. Claro que no estoy hablando que la salud de Latinoamérica de todos los países, son mejores que los hospitales de los países europeos, pero tiene hospitales más avanzados en tecnología. Aquí hay un listado de otros locales como Argentina tiene uno, Chile tiene otro, Colombia uno más que es un hospital también nivel siete, los otros son de Brasil. En resumen, toda la evaluación de Costa Rica que armamos en conjunto con la Caja y con (...) es muy importante, para todo lo que llamamos hospital digital, que no tenga una pausa en los procesos de evolución porque hasta el nivel cinco solo lo que es básico, las cosas más avanzadas están en los niveles seis y siete. Entonces, en el nivel seis y siete que todos los beneficios son alcanzados, que son los beneficios más importantes; hay que mirar niveles más avanzados. ¿Alguna pregunta? Perfecto, voy a presentar también de manera resumida la evaluación de Costa Rica hasta ahora.

Ing. Rodríguez Arce:

Si podés comentar eso que mencionabas, que los estudios han permitido valorar que las condiciones de salud o los resultados de hospitales, que están certificados a nivel seis y siete son mejores que otros tipos de hospitales, un par de ejemplos.

Sr. Claudio Guiliano:

Hay muchos estudios de HIMSS y de otras instituciones globales que presentan que si tiene un nivel siete, un nivel más avanzado, tiene en realidad beneficios muy concretos de seguridad del

paciente, con reducción de los mejores en los ciclos de la medicación, eso que hasta ahora es más destacado, más importante que la reducción de los ciclos de medicación. Hay otro estudio también que presenta más eficiencia, los sistemas de salud son más eficientes, los hospitales son más (...) tienen más información disponible para la toma de decisiones, entonces estudios de HIMSS hace un par de años presentando que la salud digital acá, que está representada como un nivel seis es mucho mejor. Después voy a compartir un estudio muy completo de todo.

Director Loría Chaves:

¿Dentro de esos estudios hay algún estudio que indique que un hospital tipo siete tiene menos hospitalización?

Sr. Claudio Guiliano:

Sí, incluso, menos preadmisión, lo que es la idea general de que tiene una alta capacidad para tecnología y tecnología de la información, que puede garantizar un giro de camas más alto para tener, entonces, una hospitalización más pequeña y también, garantizar que no tenga readmisiones. Hay un estudio concreto en Estados Unidos y (...) que la readmisión en los hospitales de nivel siete tiene una capa más pequeña, más baja de readmisión total que llamamos tiempo de internación. Eso es muy importante y por qué, porque es más eficiente, tiene una mejor calidad y el paciente tiene una medicación y tiene una tasa de hospitalización más baja. La evaluación de la Caja, este es el listado de las unidades evaluadas esta semana y también, empezamos la evaluación básica “online”, empezó en julio y armamos muchas notas y tenemos puntos muy positivos. Me gustó mucho lo que pueden mirar acá, en especial el Expediente Clínico Digital Único en Salud, yo tengo la facilidad de visitar hospitales públicos y privados en todo el mundo, especialmente en Latinoamérica y que ustedes estén acá es fantástico, es maravilloso, tienen expediente digital en todo el país, es una cosa fantástica. Entonces, felicitaciones porque es una cosa muy exitosa, además hay un liderazgo muy grande de la Caja para hacer lo que llamamos el concepto digital, eso es un factor de éxito, porque hay que cambiar muchas cosas, eso no es un cambio tecnológico, es un cambio de proceso, es un cambio de gestión basado en la tecnología. Entonces, hay que hacer un liderazgo muy grande, la interfase del dos es muy amigable. Estoy muy acostumbrado a mirar sistemas informáticos que son la interfase, es muy dura y esta interfase acá es muy amigable, muy intuitiva, que es fundamental para que el profesional de salud haga la utilización con todas las capacidades que tenga el sistema informático, si no es una cosa que es más dura, es más difícil y no tiene la utilización real y la interfase intuitiva y amigable es fundamental. Para mí es muy claro, hay un compromiso real de todos los jefes, gerentes y directores, yo hablé con muchos médicos, con muchos jefes, gerentes y directores, las dos unidades que pude visitar en tres días acá, el compromiso es real con la transformación digital, incluso muchas contestaciones y tienen muchas solicitudes para que Costa Rica sea mejor. Los profesionales en salud tienen un conocimiento acerca de qué hace el expediente digital, porque muchas veces cuando nosotros hacemos una evaluación y pregunta el médico ¿cómo hace una solicitud? El médico tal vez no tiene la capacidad de interactuar con el expediente digital y acá todos los profesionales tienen el conocimiento y son puntos muy positivos. Claro, no estoy acá solo para decir felicitaciones, mi misión principal es mirar lo que falta, lo que se puede hacer mejor. Acá el resumen de la evaluación de EMRAM para hospitales, recuerden que tiene conceptos fundamentales, lo que está en azul está muy bueno, en amarillo es que está bueno, pero no mucho y como rojo está mal. Empezando porque el que está mal, el Hospital San Vicente de Paúl, que hacemos la visita de evaluación, me preocupa mucho los circuitos cerrados de productos de administración de medicamentos, las prácticas especiales,

también en proceso de preparación del medicamento, el manejo también de los medicamentos, la tabla de administración es muy básica, cuando se hace una comparación con otros hospitales alrededor del mundo, no estoy hablando solo de tecnología, estoy también hablando de proceso de trabajo. Acá tienen una oportunidad gigante de hacer mejoras en los circuitos cerrados para tal vez reducir la cantidad de errores y tener circuito de medicamento. Otra cosa que es también un paso muy grande para mí es que yo pregunté si los jefes, los gerentes o directores tienen la capacidad de vigilar la cantidad de errores de circuito del medicamento, una dosis que no está correcta y la respuesta fue que no hay una información de la cantidad de errores. Entonces, si usted no tiene la información ¿qué decisión puede hacer con eso? Entonces, hay que empezar haciendo la colecta de los errores mirando el proceso de donde está el principal problema, entonces, esa situación me preocupa mucho.

Director Loría Chaves:

Para ver si entiendo, digamos, nosotros tenemos farmacias con mucha gente, entre más gente más posibilidades de errores, porque los errores son humanos y entonces, no hay una evaluación de cuántos errores se cometen con el despacho de medicamentos.

Sr. Claudio Guiliano:

Yo no lo sé y también, cuántos jefes del Servicio de Farmacia, cuándo la entregó y quiénes hacen el despacho, cuántos errores en el despacho, cuántos errores que no son del despacho, porque el médico puede hacerlo mejor también durante la prescripción de la dosis, por ejemplo, o una duplicidad, el despacho también puede hacer errores, en la administración final para hacer las tarjetas de medicamentos, que es una papeleta que es manual.

Director Loría Chaves:

El otro gran tema es que hay pacientes, lo atienden varios especialistas y todo el mundo lo medica, todos los médicos medican a ese paciente y eso también puede inducir a errores o a problemas clínicos.

Sr. Claudio Guiliano:

La prescripción, la solicitud es digital, es excelente, pero todo proceso después de la preparación no es digital, es en un proceso físico, una tarjeta de medicamentos y también hay una solicitud porque la tarjeta está hecha desde la mañana, en la mañana todas las tarjetas del día están hechas y al final de mañana, el médico podría haber suspendido un medicamento, la enfermera y el médico no hacen una comunicación verbal “mira, yo cambié la medicación”. No hay una información automática porque el expediente es digital, no se presenta de una manera digital, entonces, hay que trabajar mucho en circuito cerrado de productos que son medicamentos y de sangre también.

Dr. Ruiz Cubillo:

Yo tuve la oportunidad de estar en el Hospital de Chile. Aquí es importante que son hospitales, no son sistemas de salud, que es lo que él refería al inicio, creo que no hay ninguno en el mundo de sistema de salud completo.

Sr. Claudio Guiliano:

Singapur.

Dr. Ruiz Cubillo:

El sistema político es diferente al nuestro, es porque Singapur es un país que no es democrático, para decirlo bonito. A lo que Claudio se refiere con circuito cerrado es a la trazabilidad del medicamento, desde que se instruye el que se le aplique, hasta que se aplique y se revise y eso se hace con la trazabilidad con código en todo el proceso de aplicación del medicamento. Hacia eso es a lo que hay que ir, porque todo eso permite que el medicamento se le aplique al paciente correcto, el medicamento correcto, en la dosis correcta y que haya una retroalimentación a la farmacia o al centro de despacho de que eso era lo que tenía que salir, eso es a lo que se refiere.

Sr. Claudio Guiliano:

Exactamente. Muchas gracias. Es un requisito fundamental del nivel siete. En el nivel siete de los hospitales se da en todos los circuitos cerrados para todo, aquí es interesante que la trazabilidad se tiene como un sistema integral y se da en los hospitales de esa naturaleza.

Dr. Ruiz Cubillo:

Y eso permite definir si el medicamento realmente está siendo efectivo, para esos pacientes y ya permite tomar decisiones de si me interesa seguir comprando ese medicamento o lo descarto.

Sr. Claudio Guiliano:

Otro punto que me gustaría hacer una observación es la integración de los sistemas informáticos. Para tener un expediente digital completo es fundamental que todas las informaciones de todos los pacientes sean integrales, estoy hablando de dos componentes principales hoy que no son integrales, que son accesibles pero no integrales: laboratorio e imágenes, hay imágenes, la mayoría son digitales disponibles, pero no están conectados con el expediente digital de manera automática, por lo cual se tiene que dar una conversación muy grande, porque es ahorro de tiempo del médico, hay una información de un expediente digital ingresando a otro sistema informático, ingresar con la clave, localizar al paciente, la imagen, hay un riesgo también de cambiar al paciente, mirando la imagen de un paciente que sea otro, hay también una pérdida muy grande de tiempo.

Dr. Ruíz Cubillo:

Aquí lo que él se refiere es que está ahí, pero tienen que cambiar de pantalla y eso implica un “click”, entonces, ya ahora cuando uno negocia con los médicos añadir alguna información extra al expediente, ellos dicen “es que yo tengo que dar tantos clicks”.

Ing. Rodríguez Arce:

Sobre el comentario que mencionaba Claudio y el doctor Ruiz. Realmente, si bien es cierto es un área que hay que reforzar es una gran oportunidad, porque el trabajo previo que se ha hecho del

sistema en diferentes servicios va a facilitar muchísimo el componente de integración, lo que queda es el alambrado de algunas cosas, pero ya hay procesos que automatizan los servicios y que es muy importante, porque eso va a tener un impacto significativo en la atención.

Sr. Claudio Guiliano:

Exactamente. Ahora un poco de nuestra evaluación más concreta por cada hospital y un EBAIS que evaluamos. El Hospital La Anexión que está en el nivel cero, por qué no tiene la integración, los puntos fundamentales, porqué está tan bajo, son dos: las imágenes digitales y el laboratorio no integrado que para el modelo de HIMSS es una (...) de una capa, la base es muy importante que sea muy fuerte. Está en una base que es esencial las integraciones de todos los sistemas informáticos, las imágenes y los laboratorios, ese es nivel 1), si no tienen todo esto, no logra nivel uno, por eso acá está en nivel cero. El San Juan de Dios también es nivel cero y también lo mismo, acá no voy a entrar en todos los detalles, pero nosotros vamos a hacer también un listado de todos los requisitos que no están hechos, para el equipo de Manuel.

Ing. Rodríguez Arce:

Como dice Claudio, la rigidez del modelo viene a cumplir un 100% de los requisitos para estar en un nivel, sin embargo, hay avance en los diferentes niveles. Por ejemplo el nivel tres tiene un 100% de los cumplimientos, entonces, es a partir de la hoja de ruta cerrar precios, como hay avance en los demás componentes uno puede realmente aportar en el buen sentido por subir de nivel y llegar a un nivel de automatización mayor, tal vez se ve como extraño, pero es de parte nuestra, en ese sentido, ver el avance que hay en los otros niveles, por ejemplo, un nivel tres un 100% pero es bastante bueno el avance. En las siguientes etapas nos dice que lo que hay que hacer es priorizar algunas iniciativas para objetar ya procesos claros.

Sr. Claudio Guiliano:

Si tiene la integración lista, si tiene integración clínica puede hacer un salto del primer nivel hasta el nivel cinco, son dos cosas: integración y / la gestión clínica que son cosas fundamentales.

Doctor Macaya Hayes:

¿Perdón, integración de qué?

Sr. Claudio Guiliano:

Apoyo a la gestión clínica.

Dr. Ruiz Cubillo:

Actualmente nosotros tenemos un Electronic Health Record, que es el expediente donde uno digita la información, es el que capta la información, el Clinical Efficient System lo que permite es que el sistema le alerte al clínico de que por ejemplo el paciente está con tos, tiene fiebre y tiene flemas y, además, tiene un hemograma con leucocitosis, y le emite una alerta y le dice “vea, este paciente, que además es un adulto mayor podría tener una infección respiratoria que podría volverse una

neumonía, póngale atención a este paciente, probablemente, necesite tratamiento y con este diagnóstico probablemente requiera tantos días de incapacidad”.

Sr. Claudio Guiliano:

Hace una sugerencia para el protocolo de Costa Rica para un tratamiento de una neumonía.

Dr. Ruiz Cubillo:

Exactamente, eso en el momento lo hemos comentado aquí algunos aspectos, por ejemplo ya el sistema que usted diagnostica en Emergencias una enfermedad diarreica aguda, cuando va a hacer la incapacidad le dice “el reglamento de incapacidades sugiere que tiene que ser tres días de incapacidad en Emergencia”. El clínico siempre toma la decisión, pero le da una recomendación con base en el protocolo y eso le permite ir canalizando cada vez más los procesos.

Sr. Claudio Guiliano:

Por ejemplo, los tiempos de hospitalización, una muerte o para terapia intensiva puede hacer un protocolo.

Dr. Ruiz Cubillo:

Es evolución en cuanto a desarrollo de software como tal, protocolización de lo que se hace en cada uno de los centros de salud, que tiene que estar un protocolo estandarizado, que el clínico lo siga, porque tiene que traer gestión del cambio e implementación de la trazabilidad de todo el sistema. Es como un EDUS 3.0 ó 4.0 porque es evolucionar a un sistema que le va a permitir tomar decisiones y verlas desde el nivel central. De hecho cuando hicimos lo de incapacidades fue nuestro primer Clinical Efficient System, hasta tuvimos que ir a negociar con los sindicatos, porque los sindicatos decían, la Unión Médica: “pero, entonces, ustedes nos van a obligar a que dé tantos días de incapacidades” y les dijimos “No, es una sugerencia que le está dando el sistema” claro, la sugerencia recuerda que es con base en el reglamento de incapacidades y que si usted no sigue esa sugerencia tendrá que justificar por qué no.

Ing. Rodríguez Arce:

De hecho tenemos otros ejemplos de sistemas con datos, que son tal vez un primer paso, por ejemplo, si el perfil de signos del paciente indican que puede tener, por ejemplo, temperatura o el tema de peso, ya empieza a generar algunas alertas que facilitan al profesional tomar alguna decisión.

Dr. Ruiz Cubillo:

Y el índice de sobrevivencia de la enfermedad renal crónica.

Sr. Claudio Guiliano:

Correcto, renal crónica, con diabetes. Acá el modelo que se tiene en un nivel dos, porque tiene muchas cosas muy buenas e inserta el modelo ambulatorio, la integración una vez más. Si tiene

la integración acá y otras cosas podrá mirar un nivel más alto, el nivel primario, el secundario también. Los requisitos, los requerimientos son un poco diferentes del modelo EMRAM que es para un hospital. Armamos una evaluación interesante con toda la visita que hicimos y acá un listado, que puede verse que entre todos los requerimientos es una visión diferente, que no es basada en redes, pero que hoy muestra un nivel de 34% en inconformidad, un 57% que no están en inconformidad. (...) trabajo, puede producir un listado con todos los requisitos que el equipo hay que trabajar. Pasó lo mismo con el Hospital San Vicente de Paúl que está en el nivel uno, una vez más, porque no hay integraciones y presenta un 21% de inconformidad y 68% que no está en inconformidad con el Modelo EMRAM. Acá fueron evaluados cada uno de estos requerimientos de muchas categorías, patología, laboratorio, la prescripción electrónica, expediente digital y todo lo demás. Hacemos la evaluación, yo me voy acá hablando con ustedes, tienen una capacitación instalada en la tarde, mañana tengo otras reuniones para ver próximos pasos.

Ing. Rodríguez Arce:

Para comentarles que hoy se convocó a los directores de hospitales, coordinadores EDUS, directores regionales, coordinadores de la región para darles una charla un poco más amplia de lo que es el modelo y también, socializar un poco el tema de tecnología digital.

Dr. Ruíz Cubillo:

Se les envió una convocatoria de asistencia obligatoria, para que en la tarde todos reciban esta charla y entiendan qué es. Es la segunda vez que lo hacemos, la primera fue durante la implementación y tuvimos la experiencia que muchos ni siquiera respondieron, como era un tema que no estaba tan de moda ni siquiera respondieron, ahora la idea es que vayan todos los directores con el implementador local del EDUS para acelerar esto todavía más.

Sr. Claudio Guiliano:

Ahora con el sistema nacional, un expediente en digital integrado hay mucho que hacer en integración, decisión y otras cosas más. ¿Cuál es nuestra acción en próximos pasos en un proyecto? La primera cosa que me gustaría decir hay que hacer la transformación digital más completa, mirando no solo la experiencia digital y hay siempre que evaluar, planear y desarrollar, pero en sí el círculo hay que hacerlo más rápido, hay que acelerar, entonces, nosotros vamos a proponer como si fuera un programa de aceleración y transformación digital en salud que tiene mucha cosa de capacitación (...) claro, pero es fundamental hay que ver un plan de acción, que si pasa este año, en el 2020, que si el 2021 y hay que seguir la ejecución, el monitoreo, porque hay que monitorear, medir de una manera más concreta cual es el nivel de transformación digital y después de que esté listo para el nivel siete. Entonces, hablamos de certificación. Nuestra sugerencia es que el plan sea basado en el documento oficial de estrategia mundial de salud que es la madre en salud, o de estrategia de salud digital que no son servicios de la aplicación de tecnología pero también (...) estrategia, infraestructura, las capacidades del profesional y demás. Una vez más un documento oficial de la Organización Mundial de Salud y es muy importante seguir las guías de HIMSS tal vez mirando no solo el Modelo EMRAM que es para hospital, o para ambulatorio, pero también el modelo de continuidad del cuidado, de análisis, de infraestructura y todo lo demás y también, para hacer el monitoreo de una manera más simple nuestra sugerencia es utilizar lo que llamamos índice de madurez digital en salud. ¿Por qué? Porque tiene la visión de evaluación de la tecnología, pero también la madurez digital de salud está preparada para la jornada digital, por eso mismo hay

un equipo de profesionales calificados que están listos para hacer el cambio de cultura, en hacer una implementación de un apoyo a una decisión clínica, sabe qué es el concepto, sabe cómo hacerlo, entonces, el índice de madurez puede hacer una visión más concreta de las fases generales, no es un modelo de madurez, es un índice general que tiene la fase de transformación digital y puede ser interesante que pueda dar un seguimiento de una transformación digital en índice promedio de transformación digital en Costa Rica, ahora en el 2019, acá es solo un ejemplo, la evaluación hasta ahora con el índice de madurez. Comenzará en el 2020 y nuestra expectativa es que sea menor, el índice de madurez puede presentar una madurez más alta en manera digital, en el 2021 (...) al 2029, por ejemplo, para una fase más de innovación. Entonces, puede verse que el nivel siete Latinoamérica y Costa Rica, entonces, los desafíos podríamos planear una transformación que irá a niveles más altos, de una simple y objetiva a través de un índice de madurez digital.

Director Devandas Brenes:

Una pregunta. ¿Estos datos del 2020 al 2029 no están basados en experiencia?

Sr. Claudio Guiliano:

No, es un ejemplo.

Director Devandas Brenes:

A mí me parecen muy largos, por eso preguntaba si estaba basado en alguna experiencia.

Sr. Claudio Guiliano:

Es nuevo, ahora tenemos un desafío de tener una base de datos más grande para hacer promedios. Hoy, tal vez, nos quedamos acá, tal vez una evolución, después evolución nacional si tenemos en concreto un índice de madurez digital de Costa Rica y empujar la transformación. Esto es el seguimiento de la transformación, para que en concreto tenga la información si se está mejorando o no, porque puede hacerse un montón de inversión y no tiene la madurez más alta.

Director Loría Chaves:

Dos preguntas. Entiendo por lo que usted ha dicho que algunos centros si se integran, si se integra el laboratorio y se integra las atenciones médicas, pasa de ser nivel uno a nivel cuatro o cinco.

Sr. Claudio Guiliano:

Más o menos.

Director Loría Chaves:

Segundo, ¿lo del hospital virtual y cosas de ese tipo dónde queda?

Sr. Claudio Guiliano:

En el nivel siete y para alcanzar el nivel siete hay que trabajar y muchos otros requerimientos. Nuestro trabajo tiene que enfocarse y hay que mirar otras cosas y voy a hacer algunas recomendaciones finales, para que se pueda mirar niveles superiores.

Director Loría Chaves:

Vamos a lo último. Nosotros podríamos y eso lo hablamos antes de entrar acá, decir vamos a hacer un plan piloto en un CAIS, yo siempre le he dicho a Cervantes que el de Puriscal, porque geográficamente está muy bien definido, donde tengamos las mejores prácticas de salud, el hospital ideal, el paradigma de la organización con la comunidad y el hospital virtual.

Sr. Claudio Guiliano:

Estoy de acuerdo, porque el punto de transformación digital, puede mirar todos los hospitales que tengan tecnología digital, hay que hacer uso de todas las tecnologías de salud, incluso, las entidades privadas que tienen grupos de hospitales, pueden hacer pilotos, no es solo hacer la inversión, hay que promover el cambio de procesos y en el cambios de culturas.

Director Loría Chaves:

Nosotros podríamos decir es que el piloto vamos a llevarlo al máximo nivel y de ahí replicamos.

Sr. Claudio Guiliano:

Exacto, replicamos. Para que usted pueda pensar un poco en los próximos pasos, algunas prioridades a EDUS que me gustaría generar en una evolución, hacer un portafolio del tipo de Manuel, pero es fundamental la integración como punto uno, punto dos la integración de la gestión clínica, punto tres los circuitos cerrados de la administración del medicamento. Estos tres son fundamentales para llegar al nivel siete, pero no solo para garantizar una seguridad del paciente más alta, una eficiencia operativa más grandes. Entonces, es fundamental esto, no mirando solo la certificación, porque la certificación del Modelo de Madurez son guías manuales, porque es de nuestro interés la seguridad, la calidad de eficiencia y todo lo demás. También se necesita el personal de salud, porque hay que involucrarlo en el cuidado del paciente, es fundamental y hacer un cuadro de mando, por ejemplo, que no mire el cuadro de mando, por ejemplo, el hospital no puede mirar solo la operación, hay que mirar la asistencia, por ejemplo, también ayer yo pregunté cuál es la tasa de intervención del Servicio Quirúrgico de una manera muy rápida, no hay datos de manera simple en el EDUS, porque el jefe del Servicio de Cirugías que sea, por ejemplo, un ortopedista u otro, hay que mirar y hay que cambiar y hay que mejorar. Entonces, no hay información, hay que democratizar para que los jefes, los gerentes, los directores tengan más información, ver si está mal qué puede hacer, qué puede cambiar, pero en la toma de decisiones es fundamental tener información e integración con otros sistemas informáticos también. Al final, para terminar mi presentación, recomendaciones finales, lo me gusta mucho es que hay que priorizar los problemas de salud más importantes, porque no es una personalización digital de la tecnología por la tecnología, por la sofisticada no, tenemos que hacer priorizar los problemas más importantes de Costa Rica. Si hay un problema con embarazo, en el informe hay que ver si hay, enfermedades crónicas, hay que mirarlo, si hay un problema de acceso o de hospitalización, hay que mirar los problemas y la tecnología puede ayudar a mejorar los problemas de salud. Capacitar porque la tecnología no es solo para los profesionales, es también para las jefaturas, gerentes y

directores, capacitar hace el cambio de salud digital, de utilización de indicadores, hacer una gestión para dar indicadores, cambiar y mejorar procesos asistenciales y revisar los procesos de preparación y medicación. Estoy un poco preocupado, entonces, hay que mirar también cómo hacer el cambio de procesos esenciales basados, también, en mejores prácticas internacionales. Invertir más en involucrar los pacientes es fundamental. Desarrollar funcionalidades que sean más avanzadas. (...) ustedes están en muy buena situación, felicitaciones. En los hospitales nacionales a la hora de hacer una inversión en cosas más responsables. Al final, hay que planear ciclos más pequeños para que se tenga lo que llamamos “quick wins”, en proyectos muchas veces muy largos, tres años, y no es posible hacer una inversión. Hay un muy buen equipo en toda la Caja y en dos años, van a tener un piloto de nivel siete acá en Costa Rica y con mucho gusto puedo aportar en todas las áreas digital. Una vez más estoy disponible para preguntas. Muchas gracias.

Doctor Macaya Hayes:

Muchas gracias, ¿preguntas, comentarios? Don Mario.

Director Devandas Brenes:

A mí me parece que lo que se requiere aquí es que se nos presente un plan de trabajo con un cronograma como hicimos con el mismo EDUS, decir en tal fecha, por eso preguntaba sobre los lapsos, porque me parece que es poco audaz pedir que hasta el 29 estemos en esto. Nosotros tenemos la infraestructura y las bases como para que esto esté muchísimo antes, el Gerente Financiero genera velocidad en el Enterprise Resource Planning (ERP), porque hay que integrar eso también. Dentro de eso un diagnóstico de cómo están los protocolos que hemos insistido mucho en la Junta, cuál es la meta en eso, cuántos protocolos tenemos, los protocolos son casi la base y si no tenemos eso, esas son mis observaciones, no sé si requerirá un acuerdo o no, pero que la Gerencia General y la Gerencia Médica nos presenten un plan con metas, fechas para acelerar esto. Creo que estamos en condiciones de dar un salto a un nivel, rápidamente a un nivel cinco, incluso seis eso sería lo ideal.

Sr. Claudio Guiliano:

Tal vez sería el primer país de Latinoamérica en lograr un sistema de salud pública nivel cinco o siete.

Director Devandas Brenes:

Perdón, esa es la otra inquietud que hay un hospital en Brasil de nivel siete de nivel privado, es decir, no tiene una cobertura nacional, entonces como que la comparación no es válida.

Sr. Claudio Guiliano:

No es válido. Tenemos siete hospitales nivel siete en Brasil, pero tenemos en Brasil 7.000 hospitales, entonces, tenemos mucho trabajo.

Director Loría Chaves:

Tal vez el doctor y Manuel nos cuentan qué están haciendo.

Dr. Ruiz Cubillo:

Sí, de hecho estábamos Manuel y yo hablando. Por eso es tan importante que hoy los directores de todos los hospitales vean los resultados, porque estamos a punto de caramelo, pero tenemos que empujar y comenzar a hacerlo más fuerte. Con base en todas estas recomendaciones y muchas que ya hemos visto a lo largo del proceso, en el Comité estratégico, la idea es montar una agenda de trabajo a corto, mediano y largo plazo. Tenemos que definir un piloto que en algún momento habíamos pensado un área de salud, un hospital periférico o un hospital regional, para tener un modelo de cada uno y que el piloto vaya integrando de una vez las cosas. Es muy ambicioso, porque va a implicar muchísimo trabajo sobre todo de los equipos técnicos y la gestión del cambio, pero estamos justo en ese momento.

Sr. Claudio Guiliano:

Una sugerencia es que sea un piloto en una misma área y que tenga hospitales y también EBAIS, que tenga un nivel primario, secundario y terciario.

Dr. Ruiz Cubillo:

Eso lo habíamos analizado y habíamos visto, por ejemplo, la zona peninsular que ahí ya comenzamos con un piloto con lo que tenía que ver con la captura de imágenes. Hay varios factores que siempre hay en las discusiones del comité por la cercanía, pero la idea es ir en esa línea.

El doctor Macaya Hayes se retira temporalmente del salón de sesiones, asume la Presidencia la directora Abarca Jiménez.

Ing. Rodríguez Arce:

Hoy tenemos un portafolio de proyectos y de hecho muchas de las iniciativas que don Claudio plantea ahí ya están identificadas e, incluso, algunas en ejecución, entonces más bien esos insumos, como decía el doctor, nos ayudan a repriorizar, rebalancear cosas y ver qué es lo más importante, lo más importante para enfocarnos es estos tres, es parte del trabajo, ya con el informe que ellos entregan nos permite repriorizar y verlo -como dice el doctor- en comité estratégico para redoblar esfuerzos e irnos a los puntos más importantes.

Directora Abarca Jiménez:

Don Mario.

Director Devandas Brenes:

Yo sigo insistiendo en la necesidad de sistemas institucionales de información, no lo tenemos. Ya tenemos el EDUS, ese esfuerzo que ustedes están haciendo, pero no tenemos un sistema institucional que tenga los indicadores, que tenga la gente que está trabajando ahí, que esté generando informes que son indispensables para poder ver si ponemos a funcionar el Comité de Riesgos, que no lo hemos puesto a funcionar y la evaluación y luego la planificación. Si no tenemos ese sistema institucional de información, difícilmente se pueden cumplir los otros procesos.

Directora Abarca Jiménez:

Efectivamente, ha sido una inquietud. Ayer tuvimos una reunión, precisamente, con la gente del EDUS y lo comentábamos, más bien fue en la Comisión de Reestructuración, un 72% del gasto del seguro de salud se dedica a hospitales y eso hace urgente contar con esos indicadores de gestión hospitalaria para tomar decisiones más oportunas y efectivas. ¿No sé si tienen algún otro comentario?

Director Loría Chaves:

Realmente este trabajo me ha sorprendido mucho, y me gusta mucho que la institución sea sin fines de lucro, que está avalada por la OMS y todo lo demás y creo que le da a uno una visión muy amplia de lo que hay que hacer. Efectivamente, la toma de decisiones es más eficiente si tenemos la información, yo vengo hablando como tres meses del plan piloto, porque uno entiende que esto es lo que se va a replicar después, pero creo que la gente que está trabajando con el doctor Ruiz está adelantada, va por el camino correcto.

Dr. Ruiz Cubillo:

Esto ha sido un trabajo en conjunto de todas las unidades, ha sido un aprendizaje en conjunto muy interesante.

Directora Abarca Jiménez:

Muchas gracias don Claudio.

Director Devandas Brenes:

No tomamos el acuerdo del día que nos presenten el plan.

Director Loría Chaves:

Digámosle a la Gerencia Médica.

Director Devandas Brenes:

Entonces, se toma un acuerdo que presenten el plan aquí, yo por lo menos lo intentaría en ese sentido.

Directora Abarca Jiménez:

De acuerdo. Tal vez para terminar se indique eso en el acuerdo y ahora que esté redactado se presenta.

El director Devandas Brenes, solicita un plan de trabajo para implementar el proceso de evaluación de los hospitales.

La Junta Directiva, con base en lo deliberado, -en forma unánime- **ACUERDA** instruir a la Gerencia Médica para que presente el plan de trabajo, para la implementación del proceso de certificación de los hospitales y centros de salud: evaluación de los hospitales San Juan de Dios, San Vicente de Paúl y el CAIS de Siquirres, en el plazo de dos meses.

Pendiente de votación

Se retiran del salón de sesiones Ing. José Manuel Zamora Moreira, Jefe Componentes de Servicios de Valor, Diego Leiva Alfaro, Analista de Sistemas, el doctor Eduardo Rodríguez Cubillo líder usuario, EDUS, el consultor Claudio Guiliano Consultor HIMMS, ingeniero Luis Fernando Porras, Gerente de Logística y la licenciada Karen Vargas, asesora de la Gerencia Médica.

Ingresan al salón de sesiones el Ing. Jorge Granados Soto Gerente a.i. de Infraestructura y Tecnología, doctor Mario Ruiz Cubillo, el ingeniero Manuel Rodriguez, la ingeniera Maria Paula Esquivel Asenjo, el licenciado Steven Fernandez Trejos, doctora Alejandra Vega Castro.

ARTICULO 4°

De conformidad con lo resuelto en el artículo 34, acuerdo III, de la sesión N° 9059, celebrada el 24 de octubre del año en curso: “instruir a la Auditoría Interna para que en el ámbito de sus competencias, emita los productos que corresponda en aras de asesorar y fiscalizar las actuaciones de la administración activa en relación con el proyecto digitalización de imágenes médicas”. (*Proyecto Red Digital Institucional de Imágenes Médicas (ReDIMed)*, octubre 2019 (Ref.: oficios N° GIT-1456-2019 y GIT-1471-2019).

La presentación se encuentra a cargo del Ing. Jorge Granados Soto Gerente a.i. de Infraestructura y Tecnologías con el apoyo de las siguientes láminas:

1)

**Proyecto Red Digital Institucional
de Imágenes Médicas- ReDIMed**

GERENCIA DE INFRAESTRUCTURA
Y TECNOLOGÍAS

Octubre, 2019



2)



ANTECEDENTES

1 Ley N°9162 Expediente Digital Único De Salud (EDUS):

ARTÍCULO 5.- Orientación de la solución tecnológica, indica:

l) Requerimientos para la prestación de servicios de salud: el expediente digital deberá atender los objetivos funcionales y las funcionalidades que requieren los servicios de salud en los tres niveles de atención, incluyendo soluciones informáticas para la implementación de la receta electrónica, la gestión telemática de citas y la **imagenología digital**, sistema de interconsulta y referencia y contrarreferencia.

2 Acuerdo Junta Directiva Artículo 10° de la Sesión N° 8780 (2015)

Estudio de Factibilidad del Expediente Digital Único en Salud para el II y III Nivel de Atención, aprobado por la Junta Directiva mediante el artículo 10° de la Sesión N° 8780, se incluye el componente de Imágenes Médicas, como una de las etapas siguientes para la automatización de los servicios de salud.



3)



OBJETIVO ReDIMed



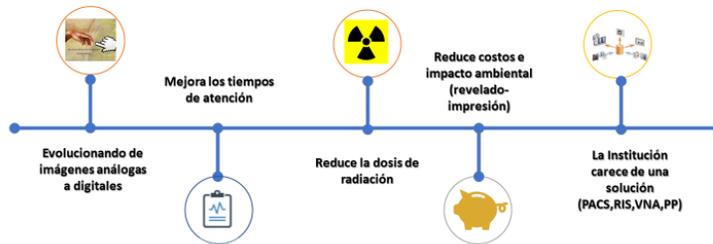
Dotar a la CCSS de una solución integral para la gestión digital de imágenes médicas a nivel institucional, que permita mejorar el tiempo de respuesta, el diagnóstico y la calidad de la atención de pacientes; agregando valor al Expediente Digital Único en Salud mediante el uso óptimo de la tecnología y facilitando el proceso de toma de decisiones.



4)



ANTECEDENTES



5)

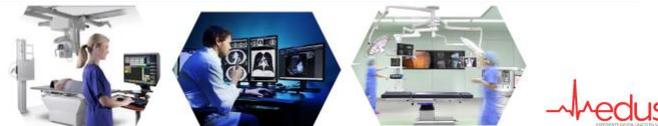
ANTECEDENTES



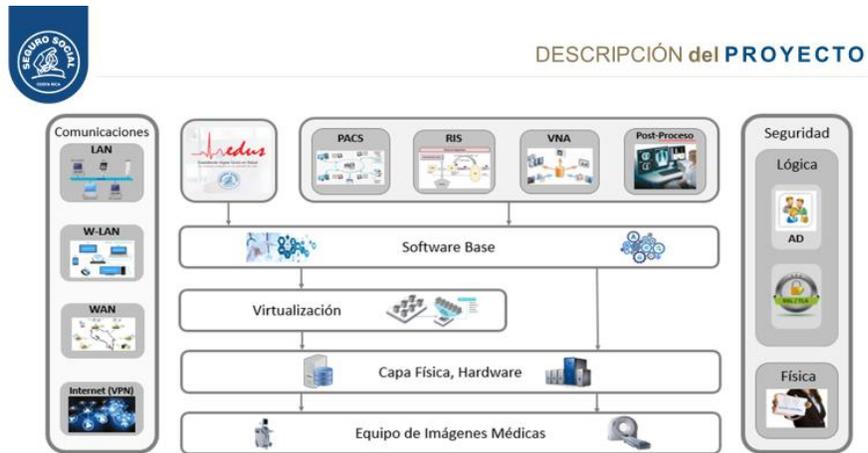
Actualidad



ReDIMed



6)



7)



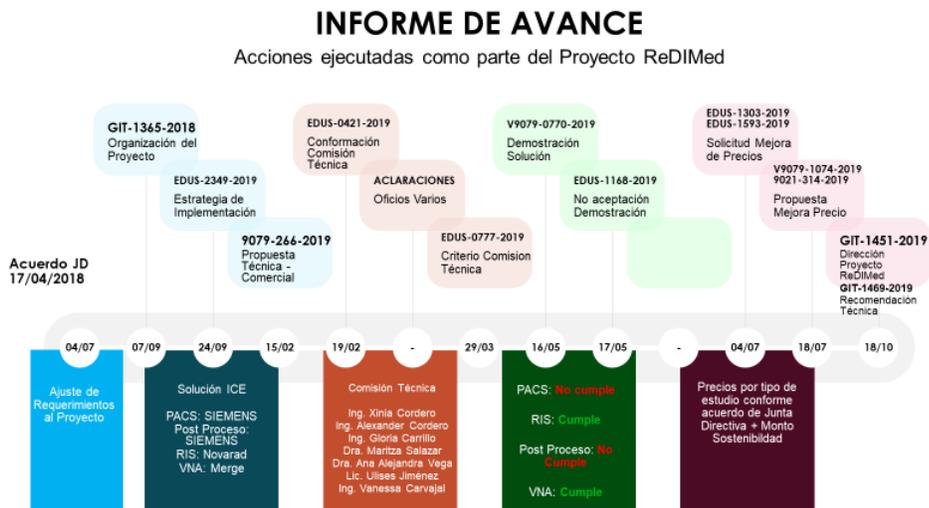
8)



9)

Componentes cuantificados	Monto
Costos de placas para revelado	\$16 723 930
Costos de sobres para placas	\$2 299 023
Costo de set de químicos para revelado	\$514 885
Costo del mantenimiento de las reveladoras	\$798 000
Costos de los cuartos de revelado	\$403 200
Costos de los cuartos de archivos de placas	\$1 730 769
Total	\$22 469 807

10)

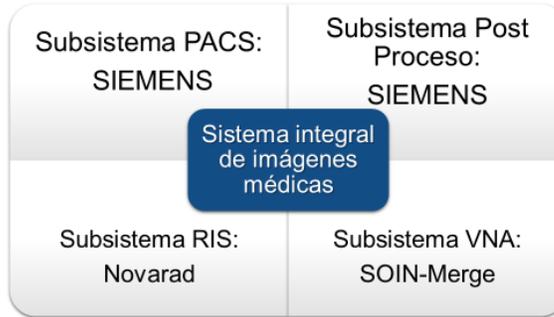


11)



RECOMENDACIÓN TÉCNICA

- Oferta ICE - Socio comercial:
- 10 solicitudes de subsanación



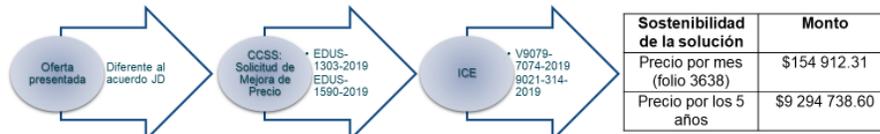
Solicitud de aclaración por la CCSS	Respuesta de aclaración del ICE
• EDUS-0439-2017	V9078-0347-2019 (folios 3203-3204 CD adjunto)
• EDUS-0440-2019	V9079-0371-2019 (folios 3194-3196 CD adjunto)
• EDUS-0481-2019	V9079-0340-2019 (folios 3255-3270)
• EDUS-0485-2017	V9079-0377-2019 (folios 3187-3188 CD adjunto)
• EDUS-0487-2019	V9079-0399-2019 (folios 3192-3193 CD adjunto)
• EDUS-0503-2019	V9079-0513-2019 (folios 3144-3145 CD adjunto)
• EDUS-0524-2019	
• EDUS-0525-2019	
• EDUS-0544-2019	
• EDUS-0547-2019	



12)



RECOMENDACIÓN TÉCNICA



+ Monto de sostenibilidad: 30% sobre la oferta original

El estudio de mercado (TIC-APR-0019 de abril de 2018), recomendó que la mejor forma de satisfacer la necesidad que motivó este proyecto para la prestación de los servicios de salud es mediante la modalidad de pago por estudio.

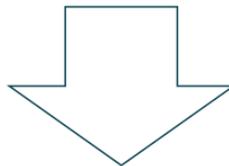


13)



RECOMENDACIÓN TÉCNICA

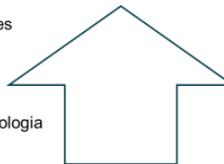
Principales Incumplimientos



Recomienda no realizar una adjudicación parcial ya que no resuelve la necesidad institucional para la gestión de imágenes médicas.

- Tiempo de respuesta
- Diagnóstico
- Calidad atención de pacientes

- Experiencia nacional - internacional soluciones similares / Informe de Auditoría N° 7425
- Diferentes visores
 - No es Zero-footprint, No 100% Web
 - No Certificaciones FDA para diagnóstico
 - Visor diagnóstico: no mamografía / Teleradiología
- No acceso estudios de otros PACS para comparaciones clínicas
- Hardware - Gartner de Leaders
- Precio por estudio + sostenibilidad \$9M



14)



CONCLUSIÓN

El Proyecto Red Digital Institucional de Imágenes Médicas (ReDIMed) es parte del Expediente Digital Único en Salud; sobre dicho tópico la Junta Directiva en el artículo 4° de la Sesión N° 8965, acordó que al amparo del Convenio Marco de Cooperación suscrito entre la CCSS y el ICE se incluya, dentro del objeto contratado los servicios administrados para una Red Digital Institucional de Imágenes Médicas, en razón de ello el ICE realizó una propuesta, la misma fue revisada por la Comisión Técnica ReDIMed y en el oficio EDUS-0777-2019 indican que la oferta presentada por el ICE no cumple varios de los requerimientos técnicos acordados para una solución integral.



15)



PROPUESTA DE ACUERDO

Considerando lo instruido por la Junta Directiva el artículo 4° de la Sesión N° 8965, así como lo ofertado por el Instituto Costarricense de Electricidad (ICE), remitido mediante oficio 9079-266-2019, como lo indicado por la Comisión Técnica ReDIMed en el oficio GIT-1469-2019, y lo expresado por la Arq. Gabriela Murillo Jenkins en los oficios GIT-1456-2019 / GIT-1471-2019, la Junta Directiva acuerda:



ACUERDO PRIMERO

- Dar por recibido el Informe del Proyecto Red Digital Institucional de Imágenes Médicas (ReDIMed).

ACUERDO SEGUNDO

- Se instruye a la Gerencia de Infraestructura y Tecnologías y la Gerencia Médica para que analicen la Recomendación Técnica elaborada por la Comisión Técnica ReDIMed en el oficio GIT-1469-2019, dichas gerencias deberán recomendar las acciones a seguir a esta Junta Directiva en un plazo máximo de un mes.

Directora Abarca Jiménez:

(...) de la Gerencia de Infraestructura, el punto A) sería atención artículo 34°, acuerdo segundo de la sesión número 9059 del 24 de octubre del 2019, que es el informe de ReDIMed.

Dr. Cervantes Barrantes:

Para continuar, la Junta nos recomendó reunirnos con la Presidencia Ejecutiva del Instituto Costarricense de Electricidad (ICE), eso lo hicimos al día siguiente, entonces, nos reunimos en conjunto el Gerente de Infraestructura, en este caso don Jorge y algunos otros compañeros que estuvieron ahí. El asesor de Junta estuvo y conversamos ampliamente con doña Irene y don Eliott que fueron los que llegaron y hablamos de la posibilidad de analizar, entonces, la propuesta fue

que se sentaran los dos grupos, la Comisión Técnica nuevamente y la parte del ICE, pero agregándole el asistente personal de doña Irene que ahí iba a estar presente en la conversación. Eso se vino gestando esta semana y don Jorge lo que nos va hacer es el resumen de hasta donde ha llegado esa negociación en este momento.

Ing. Granados Soto:

Buenos días. Como bien lo indica el doctor Cervantes a partir de la reunión que tuvimos con doña Irene, don Román y con todos el viernes, inmediatamente después de la sesión ustedes vieron el primer avance del proyecto. Quedamos en reunirnos con los equipos técnicos del ICE también y como dice el doctor con uno de los asesores personales de doña Irene, para que también él pudiera ver desde afuera con una visión un poco externa a los equipos técnicos cuáles eran los aspectos que nosotros teníamos algunas dudas, unos que considerábamos eran incumplimientos y que el ICE decía que no. Nosotros trabajamos con ellos, hicimos dos reuniones, el lunes nos reunimos con todo el equipo técnico del ICE y el miércoles todo el día prácticamente, aquí me acompañan en este momento la doctora María Paula como parte del equipo técnico de la Caja, pero en realidad hubo más personas, estuve yo también presente en la reunión del lunes con el ICE y aspectos positivos, creo yo de la reunión es que el asesor de doña Irene pudo entender que no era, quizás y esa es mi percepción, de que la Caja estaba cerrada en que habían incumplimientos y el ICE decía que no, entendieron que efectivamente habían aspectos que se habían solicitado en requerimientos técnicos que el ICE no estaba cumpliendo y él lo entendió muy bien, tanto así que el miércoles vinieron con una propuesta diferente, presentando otras alternativas que sí cumplen lo que en principio cumplen los requerimientos institucionales y en la reunión del miércoles se revisaron algunos de esos aspectos, sobre todo la parte química, el tema, me imagino que ustedes lo vieron, el tema de “zero-footprint” de los visores, el tema de algunos incumplimientos que teníamos en cuanto a algunos aspectos técnicos de los sistemas. Se habló de la demostración que tiene que hacer el ICE y tal vez ahí es importante, ahorita les comento un aspecto de la demostración, pero con respecto a esos otros puntos, ellos presentaron alternativas diferentes a las que habían presentado inicialmente, que en principio cumplen tanto con lo de “zero-footprint” y con lo de *Food and Drug Administration* (FDA) y se comprometieron a entregar la documentación técnica para este viernes (para mañana) para que el equipo técnico institucional pueda hacer una revisión de esa documentación y también se empezaron a discutir temas de costos y algunos aspectos que nosotros consideramos que no correspondía que se incluyera en los costos, puesto que creíamos ya que ellos los habían planteado, algunos aspectos también de costos adicionales en los cuales la Comisión Técnica también está valorando si realmente es necesario incluirlos o no y eso podría bajar los costos y también se les solicitó, que tal y como se había planteado al inicio, se diera la estructura de precios del ICE fuera por estudio y no solamente por estudio y con un costo mensual adicional, que es lo que ellos habían presentado, que es el famoso tema de la sostenibilidad, que más bien fuera un tema por estudio; en eso ellos están trabajando también. Realmente se ha trabajado bastante arduo con ellos, todavía no tenemos la información final, porque el ICE tiene que darnos información técnica para nosotros poder valorar, pero yo creo que si el ICE sigue cumpliendo con los plazos de entrega de esa información tal como lo hemos visto en las reuniones, probablemente en unas dos semanas ya se podría tener un informe más definitivo por parte de la Comisión Técnica para entregar a la Junta Directiva. Yo lo que solicitaría ahí es que se nos pueda ampliar ese plazo establecido, para que en 15 días ya la comisión traiga un informe final sobre el proyecto de REDIMED, ya con la información nueva que plantea el ICE. Creo yo, y aquí están los compañeros de la comisión que vamos bien encaminados, se está como abriendo un poco el espacio y el ICE también entendió que efectivamente ellos no estaban cumpliendo con ciertas cosas

que entregaron y creo que la presencia del asesor de doña Irene logró ese cometido de también decirle al ICE “un momento, si queremos entrar en este proyecto tan importante tenemos realmente que cumplir con lo que la Caja solicitó” entonces, creo que va bien encaminado. Este proyecto es comprar una solución de administración y visualización y post proceso imágenes médicas, entonces ustedes ya lo vieron, el proyecto tiene ciertos componentes, para que el flujo de trabajo pueda pasar de componente en componente tiene que haber un proceso de desarrollo, de integración que obviamente el ICE no puede demostrar en este momento, porque para poder hacerlo tiene que desarrollarlo, es un trabajo técnico que tendrían que hacer, entonces, eso también se les dijo, que a la vez, digamos, establecían los requerimientos que ellos tenían que demostrar, ellos están haciendo un planteamiento de cuáles son los componentes y cómo puede consistir esa demostración, para que el equipo técnico pueda valorar, digamos ese aspecto también. Básicamente, eso era lo que quería adelantarles y si nos dan la opción de que en 15 días les podamos traer ya un informe definitivo del tema.

Directora Abarca Jiménez:

¿Comentarios? Don Mario.

Director Devandas Brenes:

Me parece un plazo razonable. Yo tenía una pregunta ¿los usuarios de este sistema van a ser fundamentalmente los radiólogos?

Ingresa al salón de sesiones el doctor Macaya Hayes y asume la Presidencia.

Ing. Granados Soto:

Correcto, fundamentalmente, obviamente, va haber otros usuarios que van a ser médicos tratantes en imágenes médicas, también, pero obviamente el grupo grande, digamos de usuarios va a ser los radiólogos y obviamente uno de los aspectos más importantes es poder hacer radiología también, o sea hacerla de manera remota, para eso el tema de “zero-footprint” que era muy importante, va a haber varios grupos de usuarios, pero el más importante sería el de los radiólogos.

Director Devandas Brenes:

Asociando esto a la discusión pasada, el tema de la cultura organizacional y el involucramiento de la gente, yo no sé si los radiólogos su criterio ha sido tomado en cuenta o no ha sido tomado en cuenta ¿cómo se canaliza el criterio de los clientes internos en la toma de decisión?

Dr. Ruíz Cubillo:

En la comisión participan varias personas de la Gerencia Médica, participan radiólogos, participan técnicos en Radiología e inclusive, está la Jefe de Radiología del San Juan de Dios.

Ing. Esquivel Asenjo:

Para ampliar, en la Comisión Técnica se revisaron todas las especificaciones técnicas, tanto de imageneologos como de radiólogos, en la Comisión Técnica. Adicional, hay otra comisión que

llamamos Comisión de Especialistas, en la que se amplía la cantidad de gente que participa y además radiólogos de diferentes niveles de la Institución, participa la gente de física-médica y también hay imageneólogos, entonces, hay otra comisión de especialistas también.

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

Directora Alfaro Murillo:

Buenos días. Mario dice que está muy bien, no sé Mario, es que con las dudas que me dejaron la vez pasada yo ya no sé si está bien, o sea lo que me venís a decir es que se reunieron y que tal vez todo se arregle, pero no quedaron claras las dudas que se externaron aquí en la sesión pasada y yo sigo viendo el tema de procedimiento y más aún hoy, lo acabamos de ver, saliendo la presentación que hace el ICE sobre las áreas prioritarias de acción y la primera que ponen es entrar a todo el tema de la integración del EDUS de laboratorios y de imágenes médicas y es la prioridad uno, pero yo aquí todavía no sé si esto sale, todavía es “como que vemos”. Yo sí me quedé con dudas la sesión anterior y por eso había pedido que se reformulara el informe y se ampliara. La primer duda que me quedó es ustedes vinieron aquí y dijeron que el ICE ha incumplido y que la oferta no era la que correspondía, yo quisiera saber con respecto del cartel, el cartel era claro, ustedes me aseguran que el cartel fue lo suficientemente claro como para decir que el oferente no cumple, porque de esa premisa parte uno, los que hemos sido consultores a lo largo de toda nuestra vida es “yo me apego al cartel”, entonces mi primera pregunta es ¿el cartel era claro, contundente y todo lo que ustedes están pidiendo hoy está explícitamente en el cartel? O ¿hay cosas que cuando pasa el tiempo uno se da cuenta que el cartel no incluyó y las negocia? ¿Cuál es la situación?

Ing. Granados Soto:

Ahí, doña Marielos, yo le pediría más a María Paula que ha estado más a cargo del tema, que pueda ampliar un poco más esta respuesta. Yo nada más quisiera decir que en la reunión que tuvimos con el ICE ellos externaban un poco esas dudas, pero ya viendo el cartel, por lo menos yo que no había tenido la oportunidad de estar en el proceso y estuve en esa reunión, yo agarré el cartel, lo vi y a mí sí me quedó claro lo que el cartel solicitaba e inclusive el asesor de doña Irene entendió muy bien, y él inclusive ahí dijo “si nosotros hemos estado entregando información que no era la que correspondía y dando opciones de software o de aplicaciones que no cumplen, vamos a analizar a lo interno si tenemos la opción de cambiarlo para que cumpla” inclusive llegó a decir “y en determinado caso que el ICE no pueda, también lo vamos a decir para que ustedes puedan tomar las decisiones que corresponden y que el proyecto no se atrase”. Yo pienso que eso fue algo beneficioso de que ese señor estuviera, porque fue como una persona que está externa al proceso y él entendió muy bien que no era, y tal vez estas son palabras mías, como la gente del ICE se lo pintó a él, o a doña Irene, inclusive, porque el día que estuvimos en la reunión doña Irene dijo “el ICE a mí me dice que cumplimos con todo” para que ellos hayan venido a dar otras alternativas a decir “para cumplir con esto les proponemos esto otro”, por lo menos a mí que no estaba en el proceso me hace pensar que efectivamente el cartel era claro y que ellos en principio presentaron información, productos que no cumplían, pero tal vez María Paula puede hablar un poco más.

Ing. Esquivel Asenjo:

El pliego de condiciones es complejo, porque estamos hablando de cuatro sistemas que se tienen que integrar y que tienen que funcionar dentro de todo un flujo de trabajo para la Institución, para

todos los pasos que llevan un tema de imágenes médicas, pero sí, el cartel está bastante claro, para nosotros como Comisión Técnica en ningún momento vimos que había algo que tal vez no estuviera claro y que tal vez el ICE llevaba razón y tal vez no contestarlo de la forma que esperaban. Como dice Jorge, el cartel se vio con ellos, sí hubo muchas sesiones de trabajo previo con el ICE, de hecho ellos acordaron en conjunto con nosotros esas condiciones técnicas previas a salir a buscar su socio comercial, ellos estuvieron de acuerdo con esas condiciones y una vez que presentaron la oferta, también hicimos muchas sesiones de trabajo, unas documentaron en oficios que fueron 10 en total y otras fueron sesiones que se documentaron en minutas en las cuales si ellos tenían alguna duda, la Comisión Técnica se las aclaraba, pero para nosotros lo que se escribió estaba claro.

Directora Alfaro Murillo:

¿Entonces, podemos estar seguros así de que el cartel es buenísimo, que lo que se pidió es lo que dice el cartel y que la Caja no pidió nada más allá de lo que dice la licitación? Nada más, no pedimos nada más. Lo estoy preguntando, porque ustedes hablaron de un aumento de costo hace ocho días, entonces el aumento de costo se da solo por dos razones, porque aumentó el valor de la solución o porque aumentó la cantidad de requerimientos, ¿ustedes me aseguran que no hubo un aumento en la cantidad de requerimientos que justifiquen eso?

Ing. Esquivel Asenjo:

Tal vez le explico. Nosotros teníamos un pliego de condiciones inicial, ese pliego de condiciones iniciales establecía que se iba albergar la solución en un data center con una disponibilidad, que esa es cuando nosotros salimos a hacer nuestro estudio. Cuando el ICE presenta su primera oferta, en esa oferta el ICE nos oferta de una vez un data center alternativo, cuando el ICE va a buscar su socio comercial sí hubo un proceso de mejoramiento de las especificaciones técnicas respecto de ese data center alternativo, se metió porque el ICE ya no lo estaba ofreciendo, en ese se vio entonces todo el tema que en un inicio no estaba, que era el tema de un data center que fuera activo. Se subió el nivel de disponibilidad, eso es cierto, en un inicio se había establecido 99.8%, el ICE nos está ofreciendo 99.9% y esos costos son los que el ICE sí nos está diciendo que por esas diferencias es que hay un costo adicional. Ese costo adicional no se ha analizado todavía, ha habido unas etapas de negociación de precios y ese análisis se vería ahora que el ICE nos haga la nueva propuesta.

Directora Alfaro Murillo:

Perfecto, entonces, para el informe que ustedes nos van a dar en 15 días yo quisiera que quede muy claro estos temas, la licitación apegada totalmente la oferta a la licitación en lo que no se apegó, ya sea porque ellos no lo hicieron o porque nosotros pedimos en el entorno que fuera, algo que mejoraba la situación y cómo impacta eso en el tema de costos, porque, insisto, hace ocho días, el tema de costos subió muchísimo, entonces, claro, ante esa subida uno dice ¿cuál es la posición nuestra? Yo necesito primero entender a qué se debe ese aumento de costo y si es un aumento de costo justificado, entonces, en el informe debería venir. Lo otro es ¿qué pasó con la certificación de los visores?

Ing. Granados Soto:

El tema principal era que los visores tenían que cumplir con dos requerimientos, era que estuvieran aprobados por FDA y que fueran “zero footprint”. Inicialmente lo que ofertaron eran unos visores,

que no eran zero footprint pero tenían FDA. Cuando se les indicó que no estaban cumpliendo con eso, entonces hicieron otra propuesta y más bien ahora cambiaron, dieron uno que cumplía con “zero footprint” y con FDA pero no servía para leer mamografías. Para leer mamografías no tenía el certificado de FDA, entonces ahí se les indicó que tampoco estaban cumpliendo con eso. Ellos estaban como “sentados en la galleta”, por decirlo de una manera coloquial, en que ellos sí cumplían y sí cumplían y en la reunión del lunes, inclusive, ellos llegaron con esa posición. Esto fue hasta esta semana que se valoró con ellos, ellos llegaron con esa posición y cuando se les explicó y se les mostró “el cartel dice esto” fue que el miércoles llegaron con otra alternativa, entonces, esa otra alternativa en principio, que ellos están planteando, cumple con los dos requerimientos, que sea zero footprint y que cumpla con FDA y que sirva para mamografía. Ellos están por mandarnos la información técnica, para poder nosotros realmente verificar que eso sea así, pero sí ellos vinieron e hicieron un cambio en ese tema del miércoles.

Directora Alfaro Murillo:

Para el informe que quede muy claro porque hace ocho días aquí, todo el mundo estaba “sentado en la galleta”, para usar tus palabras, de que no tenían FDA y ahora nos dicen que unos sí, o sea es un tema de precisión, se tiene o no se tiene y además están las notas que están en el informe que muestran, que desde el 24 de agosto esas notas llegaron aquí, entonces nada más para que nos aclaren, yo te entiendo que puede haber ahí algunas explicaciones y está muy bien las puedes ver aquí, pero las quiero por escrito, porque si no me cuentan la historia -y vos acabás de decir algo muy interesante, Jorge- que cuando se dio la reunión en el ICE doña Irene creía una cosa porque los suyos le dijeron una cosa, eso ya aquí nos pasó y vos sos testigo, nos pasó con el fideicomiso BCR, aquí se decía una cosa, allá se decía otra cosa, a uno le dicen que todo va bien, pero lo cierto es que todo el mundo tiene responsabilidad en estas cosas y lo que tenemos que tener nosotros para tomar la decisión es toda la información, entonces, en esa parte que se aclare, el hecho es si uno servía, si no es cierto que el ICE ofreció dos y que uno servía para una cosa y otra y que en el cartel la demanda era de uno y que al ofrecer irse dos era por eso, precisamente, para que cumplieran complementariamente, entonces, que nos hagan esa aclaración.

Ing. Granados Soto:

Sí, señora. Por supuesto que vamos a tomar nota de todo esto y dejarlo bien claro en el informe, el jueves que se les presentó a ustedes en Junta Directiva este tema, con la propuesta que hizo el ICE no estaban cumpliendo con este asunto, yo lo revisé con la Comisión Técnica, lo vimos y efectivamente, la solución propuesta por el ICE en ese momento no cumplía con los requerimientos. La que ellos presentaron el miércoles como una nueva propuesta, en apariencia sí está cumpliendo y eso es lo que ellos tienen que documentar y entregar, para que la Comisión Técnica pueda hacer el análisis, entonces sí hubo un cambio esta semana de eso, pero eso obviamente lo vamos a dejar bien claro en el informe.

Directora Alfaro Murillo:

Ok. De igual forma dejar documentado el tema de los incumplimientos para no tener que decir que estos 18 meses y demás pasaron en vano, entonces que quede bien claro. Hay un tema que vos hablaste ahora, que es el tema de la demostración y después de que ustedes hagan la negociación habría una demostración, entonces mi pregunta es ¿esa demostración es fácil de hacer?

Ing. Granados Soto:

No es fácil hacer, es más me parece que es imposible de hacer en este momento, porque como yo les explicaba antes, tal vez voy a poner un ejemplo, digamos que usted tiene un archivo en Word que después ocupa un software especial para pasarlo a PDF, entonces el ICE lo que dice es: “Yo le voy a dar el Office Word y le voy a dar el Acrobat PDF, pero lo que pase en el centro para que ese archivo en Word pase a ser PDF yo tengo que desarrollarlo y no lo tengo en este momento, entonces la demostración del sistema solo se podrá lograr en el momento en que el ICE lo haya hecho, hasta ese punto se tendría todo el proceso completo. Ellos podrían, eventualmente, que eso es lo que estamos con ellos y les planteamos “bueno, entonces dígnanos si ustedes nos pueden hacer una demostración de lo que hace el Office Word, por decirlo de alguna manera, y lo que hace el PDF para ver nosotros qué es lo que está pasando” y entendemos que la integración que tiene que haber entre esos dos sistemas tiene que desarrollarse y eso es parte del proceso, el proyecto es un proyecto de implementación de una solución, entonces en mi entender pedirle ahorita al ICE que haga esas integraciones para que nos muestre un flujo de trabajo, digamos, completo del proceso no es factible y el mismo ICE lo planteó de esa manera también. Lo que sí ellos están planteando y estamos esperando que nos indiquen es de las diferentes partes de la solución que ellos tienen que nos pueden demostrar ya sea porque vienen y lo instalan aquí, porque en una video conferencia nos muestran cómo funciona y virtualizan el entorno, algo que nos puedan demostrar ellos de los productos que nos están entregando donde efectivamente la Comisión pueda ver si está cumpliendo esto o no está cumpliendo eso, pero sí ese tema de la demostración creo que yo, salvo que María Paula crea diferente, que tenerla completa en este momento no es posible.

Directora Alfaro Murillo:

Entonces, igualmente en el informe, porque estamos hablando de que ese informe vendría aquí como el 15 de noviembre, se acabó este año, jueves 14, lo que queremos es un informe no machotero y venimos a traer este, para que nos den otro mes para seguir en esto, tiene que ser algo concluyente que se vea el final del túnel en un plazo razonable, pero que se vea. Estamos acostumbrados aquí en la Junta y lo hemos discutido mucho en que los informes técnicos que nos traen son: el acuerdo es, “cumplimos con el acuerdo de la Junta” pero no nos llevan a visibilizar el final del tubo. Normalmente todos los procesos que vimos aquí nosotros no vemos el final del tubo, “entonces vuelvan, entonces háganme otro informe, entonces tráigame tal cosa” y ya después de 5 años de no ver el final del tubo empieza uno a estresarse porque necesitas eso, entonces en ese caso desde mi punto de vista va a ser “tráiganos algo concluyente, esta cosa sirve, no sirve, se va a poder arreglar, no se va a poder arreglar” y en el caso de que sí se pueda el plazo en que todo esto va a estar listo y en el plazo de que no, la alternativa planteada, yo no estaría dispuesta a dar ni un día más después de esos 15, para que me digan si esto no va, para dónde vamos y yo creo que ahí la responsabilidad es de la Gerencia que tiene a cargo el proyecto y pedirle al Gerente General que también esté sobre el tema, porque debe ser concluyente, o sea seguir pateando la bola para adelante es imposible con estos temas tan importantes. Gracias.

Director Salas Chaves:

Me parece que ese ejemplo debe de dejarnos muchas enseñanzas, aquí al igual que con el fideicomiso que menciona la compañera, aquí solo lecciones aprendidas hay, es un estilo, es una forma de ser, es una manera de comportarse administrativamente, dejo de reunirme, dejo de llamar, dejo de enviar notas, se va muriendo, pasan 17 meses, 17 meses, hay que llamar al Presidente de

la Caja para que vaya a hablar con el Presidente del Banco, para que se sienten de nuevo y empiecen a hablar, eso debería ser como sancionado, me parece a mí, si yo creo con todos los documentos en la mano que el ICE no es la Institución adecuada y que esos que contrató no son, lo pongo por escrito, lo traigo aquí y se cierra el negocio; pero yo no puedo esperar meses, tengo que llamar a todas las autoridades superiores para poder poner en funcionamiento esto y no es un tema nuestro como ustedes se dan cuenta, es de las dos instituciones igual, o sea es un problema de la identidad nacional, pareciera que los costarricenses somos así, si yo dejo de hablar del tema, si se va muriendo, después digo “es que seguro que ya no funciona, hay que sacarlo de nuevo” sacarlo de nuevo serán dos años más, lo dijimos la vez pasada, tres años más, mínimo. En momentos en que cuando ustedes ven el informe que presentaron hoy los de HIMSS muestra que se requiere un empuje serio y poder volver a darle vida a toda esta inmensa propuesta de un expediente digital, entonces, como que es nuestra manera de ser, esa es nuestra identidad, calladitos se va quedando para que sea el superior sea el que asuma la responsabilidad de decir “esto no sirve” es delegar, es tirar la bola para allá y se va pasando, porque yo no puedo entender cómo pasa tantísimo tiempo, todos tienen una historia qué contar, porque resulta que el ICE tiene una historia qué contar, nosotros tenemos otra historia qué contar, se va quedando por ahí. El EDUS es una demostración de eso, si aquí no se asume con la fuerza que se asume, si no hay una ley, una serie de cosas, imagínense ustedes para un proceso que administrativo- técnico aquí interno, se requirió una ley, o sea ya no solo tenemos que convocar al Presidente de la Caja, sino a toda la Asamblea Legislativa para que escriba una ley y se aplique la ley, porque sin esa ley no se hubiera hecho tampoco por el plazo, porque si no seguía. Cuando yo fui presidente eso se discutió enteramente y ya lo veíamos, ya era una cosa que ya teníamos el Expediente Electrónico Digital, pasaron 20 años y en los 20 ustedes oían las mismas historias, vinieron otras y claro la tecnología disparada, la tecnología de un año a otro ya ni se acordaban como era lo anterior, porque aquello iba disparado, entonces a mí me parece que tenemos que estar claros de eso, nosotros tenemos que cumplir con una misión, tenemos que cumplir. En esto que hay que tomar decisiones importantes y que pueden tener consecuencias pecuniarias mejor que se quede así suavemente y que sea alguien por ahí que lo saque, yo insisto en que además de preocuparnos por esa forma de ser administrativa, que me parece peligrosísima en una institución de esta magnitud, también entender que hay momentos estratégicos de los procesos que si no se les da aire se mueren, hemos visto tantas cosas que se murieron, con la mejor intención del mundo y se cayeron. Ténganlo muy presente, aquí tenemos dos gerentes que son muy jóvenes, Manuel con toda su juventud y ustedes, no podemos seguir jugando de esa manera, si la cosa no va, no va, tráiganlo, digámoslo, quitémoslo, se suspendió y busquemos una alternativa, pero no nos hagamos como que nadie vio. La doctora Solís no está, pero ella fue la que trajo tema, dijo “yo quisiera saber qué pasó con esto”, si ella no lo trae pasan otros 10 meses, ¿de acuerdo? para que lo tengan presente y se acuerden de que tenemos que cumplir una misión aquí y tenemos todos los elementos para hacer lo correctamente, si va o si no va.

Doctor Macaya Hayes:

Don Mario.

Director Devandas Brenes:

Un par de cosas muy puntuales que sí es importante que puntualicen y como un acuerdo con el ICE los incumplimientos del ICE y que nos diga que está de acuerdo en que ha incumplido eso para estar claros. El otro tema es que hay que tomar en cuenta que si tomamos el acuerdo, ojalá dentro de 15 días, después viene el contrato y el contrato se lleva otro tiempito firmar los acuerdos

correspondientes, para también tomar precaución de eso. La otra duda que a mí me surge aquí, que es más grande, yo siempre he visto que esto es parte del EDUS y cuando me dicen que el EDUS está en la Gerencia de Infraestructura me entra una duda, si el EDUS debe estar en Infraestructura o en la Gerencia Médica, no sé, por eso incluso hice la pregunta de los clientes o de los usuarios, yo tengo una duda, no puedo decir en este momento qué es lo mejor, y no sé si es prudente o es imprudente pedirle al equipo de Reestructuración que nos dé un criterio porque si el EDUS debe estar en Infraestructura o en la Gerencia Médica, es decir es una duda, porque siendo la Gerencia Médica, es un instrumento de la Gerencia Médica, pregunto inclusive a los que saben de eso.

Doctor Macaya Hayes:

Don José Luis.

Director Loría Chaves:

Dos cosas muy puntuales. Yo me alegro mucho de que se haya tratado este tema a ese nivel, me alegra mucho que don Jorge se haya incorporado a la negociación, yo creo que don Jorge tiene mucha experiencia en hacer proyectos, en hacer contratos, en muchas cosas. Yo quiero decirles a los compañeros que han trabajado este tema de la Comisión, a todos los que han trabajado en esto, es que para la Junta Directiva este es un tema de muy alta prioridad. Yo entiendo, por lo menos, que de esto no puede haber otro proceso nuevo, porque eso va a durar cinco años y entendiendo eso, agradecer el trabajo que todos han hecho con este tema y hacer el mayor esfuerzo y ponerse de acuerdo para que eso salga lo antes posible. No hay posibilidades de hacer un proceso nuevo, esto tiene que hacerse en las mejores condiciones, por supuesto y en las mejores garantías para el servicio de la Caja, pero sí para la Junta esto es de la más alta prioridad.

Doctor Macaya Hayes:

Yo nada más quisiera mencionar que la reunión con el ICE se dio muy rápido, la acordamos aquí en Junta Directiva y al día siguiente se dio la reunión en el Boungavillea, ellos vinieron, la propia Presidente Ejecutiva dijo “nosotros estamos claros que ustedes son el cliente de esto y tenemos que acomodarnos e ir donde estén ustedes”. Ahí yo le expresé en nombre de la Junta Directiva que nosotros queríamos que el ICE fuera un partícipe en esto, que nos había llamado la atención que no fuera un finalista y queremos entender por qué y que esto llegue a subsanarse lo que falte, hubo una discusión un poco, no profundizamos mucho en lo técnico porque no estábamos ahí para eso, pero sí le expresamos la intención y el deseo de la Junta Directiva de que cualquier faltante o incumplimiento entre comillas se subsane para que el ICE sea un oferente entre los finalistas, para que nosotros podamos tomar una decisión y lo antes posible y ahí se dio el banderazo, para que el lunes siguiente, que fue este lunes pasado, ya arrancara la parte técnica para ver esto, pero esto ya viene de un mandato entre presidentes ejecutivos sustentados por el acuerdo aquí de Junta Directiva.

Doctor Macaya Hayes:

Doña Fabiola.

Directora Abarca Jiménez:

Sobre lo que comentaba don Mario del EDUS. Ayer estuvimos reunidos en Comisión de Reestructuración y Julia y el doctor Ruiz vienen trabajando muy de cerca en el proceso de reestructuración de la Gerencia Médica, hay tenido un trabajo muy satisfactorio, se ha avanzado bastante y viene una propuesta a Junta próximamente y entre los temas que se vio es precisamente ese el de análisis de información, el EDUS, es algo más global. Tal vez el doctor Ruiz pueda dar una mejor explicación, porque ha estado trabajando en eso.

Dr. Ruíz Cubillo:

Hemos estado trabajando en la Gerencia Médica, hay muchísimas direcciones y estamos como en un período de transición por diferentes elementos donde varios de los directores se han ido, ya sea por pensión o por otras oportunidades laborales. Como parte de eso lo que hicimos, por ejemplo la Dirección de Compras, que hay que hacer un proceso de reestructuración ahí, la asumí yo, puse un coordinador, que el coordinador obedece a lo que le decimos en la Gerencia Médica, igual en la Dirección de Desarrollo ahora que se vaya la doctora Corrales, para el Centro Interamericano de Estudios en Seguridad Social (CIESS), la idea es asumirlo nosotros. En la Dirección de Desarrollo es donde se generan todos los protocolos y todo lo que tiene que ver con la información, lo que decía usted don Mario y la idea es crear una unidad de inteligencia de información en salud donde esté la parte estadística, la parte del EDUS, la parte que genera toda la información para poder tomar decisiones, en tiempo real y que nos permita definir a dónde vamos a invertir los recursos, pero con base en decisiones fortaleciendo el EDUS, evolucionando en todas estas líneas y estamos justo en el momento que se podría realizar, porque ya estamos justo en el punto que tenemos que dar el siguiente salto de pasar de un expediente electrónico a un expediente que nos permita tomar decisiones y para eso hay que trabajar muchísimo en conjunto, era lo que decía ahora, comenzar a trabajar todos en la misma línea, ir enfocados, tenemos que definir cuáles van a ser las acciones que vamos a tomar en base a información. La unidad también incluye la gente de Vigilancia Epidemiológica porque eso permitiría, ahorita si hay ántrax en Limón, yo les decía a ellos, se tarda cierto tiempo en llegar aquí la información, que la información esté en la Gerencia para tomar decisiones en tiempo real y ahorita solo podemos tomar decisiones con base en información retrospectiva, tomar decisiones en tiempo real y más adelante tomar decisiones a futuro con base en la información, va muy de la mano con lo que estaba hablando el brasileño, que yo no sabía la presentación que iba a dar, pero va muy de la mano con todo eso.

Director Devandas Brenes:

O sea, no hace falta un acuerdo, ya está trabajando en eso.

Dr. Ruiz Cubillo:

Ya estamos trabajando en eso.

Doctor Macaya Hayes:

Doña Marielos Alfaro.

Directora Alfaro Murillo:

Muchas gracias. Yo insistía en el informe que don Jorge y el equipo nos tiene que dar y voy a ser más enfática a la luz de una nota que acaba de enviar José Luis Baeza Gómez del proyecto de Imágenes Médicas del ICE y que me voy a permitir leer unos pocos párrafos literales: Estimados señores, va dirigido a María Paula Esquivel, quisiéramos agradecer sus gestiones y la de la Comisión Técnica de ReDIMed, con motivo de las reuniones sostenidas en días pasados, en las cuales pudimos validar a profundidad que nuestra propuesta original sí cumple con todos los requerimientos solicitados por la Caja, incluyendo los elementos posteriores a la aprobación de la Junta. Párrafo dos: asimismo y de acuerdo con su solicitud nos permitimos informar que no resulta posible plantear una nueva alternativa de solución a la ya presentada en la oferta entregada a la Caja, la cual se ajusta a los precios acordados por la Junta Directiva, pues esto implicaría modificar las condiciones cartelarias con base en las cuales se realizó la selección del empresario. Párrafo tres: en cuanto al elemento mensual de sostenibilidad este resulta necesario y razonable, como se detalla en el oficio V97901276 2019 y adicionalmente nos permitimos hacer los siguientes comentarios, ahí hacen comentarios con respecto del tema de la propuesta económica inicial que dice: “quisiéramos resaltar que la sostenibilidad cumple con el requerimiento inicial y forma parte de la propuesta económica presentada en la oferta entregada, según los requerimientos y especificaciones cartelarias exigidos por la Caja, esto incluye elementos adicionales al requerimiento contenido en el estudio de mercado aprobado por la Junta Directiva de la Caja en la sesión N° 8965 del 17 de abril del 2018, es importante reiterar que el elemento de la disponibilidad es parte de los requerimientos adicionales solicitados posteriormente por los funcionarios de la Caja y que no estaban contenidos en el estudio de mercado aprobado por la Junta Directiva de la Caja” Ahí explica la implicación del nuevo requerimiento, luego indica que el ICE formuló las bases del concurso para solicitar al socio comercial con base en esas exigencias y dice un párrafo acá “estamos convencidos de que los nuevos elementos agregados con posterioridad fortalecen y robustecen la plataforma de solución, pero como es obvio tienen una incidencia directa en el costo de la solución por las razones dichas . Es importante señalar que la oferta del ICE se ajusta en todo a los precios acordados por la Junta Directiva, incluyendo un elemento mensual de sostenibilidad que se detalló en su oportunidad”. A partir de ahí hay dos párrafos más donde insiste que la solución y que el ICE cumple con todo y hace una petitoria “con base en lo anterior y considerando todas las validaciones realizadas el día 30 de octubre con la Comisión Técnica de ReDIMed, cuyos acuerdos se resumen al final de este mismo documento y se evidencia “puestas por mí” el fiel cumplimiento del ICE con todos los atestados de requerimiento, solicitamos avanzar con el contrato y la implementación de la solución de manera inmediata y máxime, si se considera que lo que contrata la Caja es un servicio cuyo desarrollo y resultado final no implica riesgo alguno y ninguna erogación para la Caja. Este proyecto se desarrollará por cuenta y riesgo del ICE y de su socio comercial y no es sino hasta que la primera imagen sea entregada y aceptada que la Caja deberá realizar su primer desembolso, por lo que insistimos que es imperioso e impostergable continuar con el proyecto potenciando al EDUS y recibiendo un primer entregable en un plazo aproximado de 4 meses a partir del efectivo inicio del proyecto, el cual tendrá una incidencia en los pacientes. Quedamos a la espera de los próximos pasos para iniciar la implementación, etc., me encuentro a sus órdenes”. No quiero una explicación, solamente quiero contrastar lo que dicen unos y lo que dicen otros, y ante eso yo como miembro de esta Junta me quedo desarmada, me acaban de dar una explicación, yo escuché pacientemente a don Jorge, dio su explicación, doña Paula también y de esa explicación yo pongo esta otra información sobre la mesa de esa nota y lo que digo es “no son consistentes”. La percepción de don Jorge sobre los arreglos en la comisión y lo que acordaron y todo lo que el ICE dijo don Jorge aceptó, en esta nota dice que no, utilizan palabras como “fiel cumplimiento” “total apego” justifican el costo, dicen que hubo más solicitudes, así que por favor para dentro de 15 días yo quiero un informe de verdad ¿de acuerdo? Y como lo dijo ahora, creo

que fue don Mario, consensuado, que diga entre los dos, o sea yo quiero una ayuda de memoria, de reuniones de ustedes, donde las dos partes firmen y me pongan por escrito, porque a mí, literalmente, como se dice en política “no me gusta que me jueguen chapitas”. Gracias.

Ing. Granados Soto:

Esa nota llegó hoy, no la teníamos todavía analizada para esta sesión, pero efectivamente la vamos a analizar y en el informe que vamos a presentar, vamos a ser realmente contundentes. También, viéndolo, doña Marielos, desde un punto de vista el brazo técnico que tiene la Institución es la Comisión Técnica que ha estado revisando la propuesta y obviamente podría uno pensar que el ICE también trata de salvar por su lado alguna responsabilidad en el tema. Nosotros hemos estado dejando documentado en minutas todas las discusiones que se han dado en estas dos últimas sesiones de trabajo, pero efectivamente para la entrega de informe tendremos que dar los puntos de vista claros y contundentes donde haya coincidencias, demostrarlas y donde definitivamente la comisión técnica valore que hay un incumplimiento, desde el punto de vista técnico, pues no podríamos decir otra cosa, pero plantearlo de forma directa y contundente y como lo decía también no solo doña Marielos, sino también el doctor Salas, en caso de que la vía no fuera continuar con el ICE, ponerlo claramente y establecer el proceso y si al final hay una posibilidad de hacerlo con el ICE, pues también establecerlo.

Directora Alfaro Murillo:

Como comentario final, yo sugiero a esta Junta Directiva y voy a estar siempre del lado de la Institución, pero de la Institución, de lo que más le convenga a la Institución, ninguna confusión, ninguna información que no sea clara favorece a la Institución, entonces comparto con vos, Jorge, el ICE va a tratar también de salvar su parte, por supuesto, igual ha pasado con otros ejemplos que ya hemos mencionado acá, yo no estoy diciendo que creo lo que dice esa nota, yo estoy diciendo lo que dice la nota, es un hecho y lo que estoy reclamando a lo interno de la Institución es “aclárenme esto, porque no me suena” y a cualquiera de nosotros que le interese esta Institución va a pedir claridad para tomar decisiones. Gracias.

Director Devandas Brenes:

El problema de esta aclaración es que requiere como cierto conocimiento técnico, unos nos dicen una y otros nos dicen otra, por eso decía que es importante que el informe sea consensuado, donde no acepten o que sí acepten para saber, para tener criterio porque es que si no es muy difícil para uno, ustedes nos comprenden no somos técnicos, si uno me dice A), B) y C) y el otro me dice C), B) y H), eso es importante que eso se aclare bien para tomar las decisiones más adecuadas. ¿En qué quedamos, 15 días? Pero ya vendría con la propuesta de un acuerdo.

Directora Alfaro Murillo:

Consultar a don Ólger, (...) entonces, si has podido ver el tema. Sí.

Director Devandas Brenes:

El acuerdo es que en 15 días nos presentan un informe con el acuerdo.

Doctor Macaya Hayes:

Votamos por el acuerdo que se va a presentar el 14 de noviembre. En firme.

La Junta Directiva, con base en lo deliberado -en forma unánime- **ACUERDA** instruir a la Gerencia de Infraestructura y Tecnologías, presentar un informe según lo indicado en esta sesión, el próximo jueves 14 de noviembre del estado del *Proyecto Red Digital Institucional de Imágenes Médicas (ReDIMed)*.

Se retiran del salón de sesiones el Ing. Jorge Granados Soto Gerente a.i. de Infraestructura y Tecnología, doctor Mario Ruiz Cubillo, el ingeniero Manuel Rodriguez, la ingeniera Maria Paula Esquivel Asenjo, el licenciado Steven Fernandez Trejos, doctora Alejandra Vega Castro.

Ingresa al salón de sesiones el ingeniero Ronald Ávila Fernández, Director a.i. Dirección de Arquitectura e Ingeniería y Sofía Chaves de la dirección Arquitectura e Ingeniería.

ARTICULO 5°

Se presenta el oficio número GIT-1483-2019 (GG-1902-2019), de fecha 28 de octubre de 2019, firmado por el Ing. Jorge Granados Soto, Gerente a.i. de Infraestructura y Tecnologías, mediante el cual presenta la propuesta de adjudicación de la Contratación a Precalificados 2018PR-000003-4402, “Unidad de terapia renal del Hospital Enrique Baltodano de Liberia.

La presentación está a cargo del ingeniero Ronald Ávila Fernández, Director a.i. Dirección de Arquitectura e Ingeniería, con base en las siguientes láminas:

1)



2)



- 1 La Subárea de Vigilancia Epidemiológica del Área de Salud Colectiva de la GM, estudió las Enfermedades Renales Crónicas (ERC) en adultos en Guanacaste, se encontró una alta incidencia siendo esto coincidente con el informe citado en el 52° Consejo Directivo de la OPS.
- 2 La DPSS realizó el estudio de oferta y demanda y ratificó el punto anterior (remitido mediante oficio GM-S-54461-15). Se decidió reforzar la infraestructura del Hospital de Liberia para atender las ERC.
- 3 La DAI remitió, en el oficio DAI-2709-2016, el Estudio Técnico del Recurso Físico y éste fue aprobado por la Gerencia Médica (GM-S-20814-2017).
- 4 El 11-12-2018, a través del oficio DAI-3347-2018 se envió invitación a participar a empresas Precalificadas del concurso 2016LN-000003-4402.

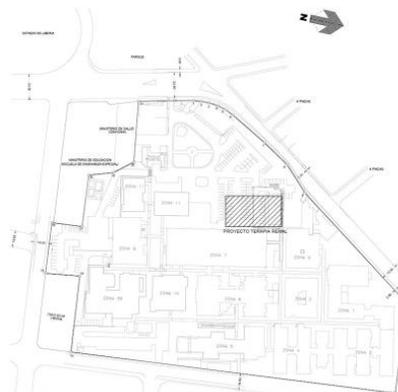
3)



UNIDAD DE TERAPIA RENAL

- Área: 2062 m²
- Edificación de dos niveles
- Incluye remodelación y sustitución de espacios de parqueos, 3 consultorios, aplicación de tratamientos (6 puestos) atención para diálisis peritoneal (17 camas en salones, 4 individuales) y hemodiálisis (2 camas en recintos individuales, y 4 en salón), 2 salas de procedimientos, estaciones de enfermería, así como recintos complementarios (bodegas, cuartos electromecánicos, servicios sanitarios completos, entre otros)

4)



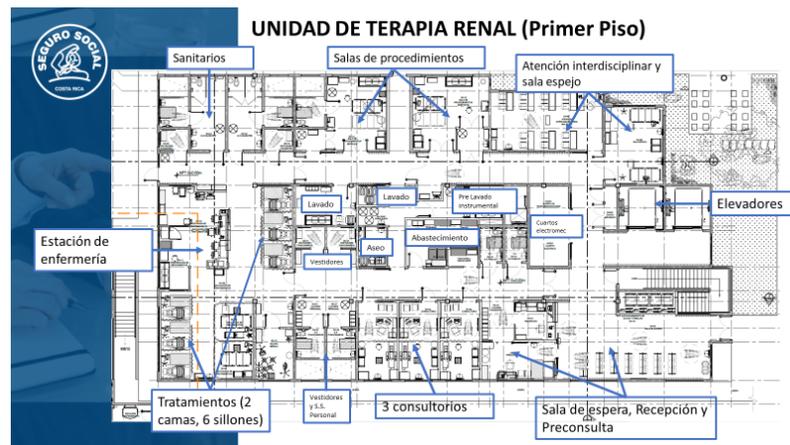
5)



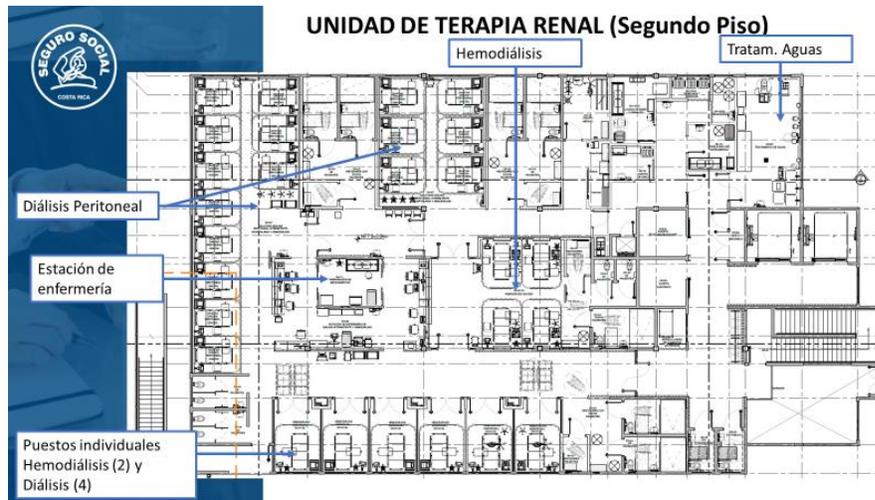
6)



7)



8)



9)



5 El acto de apertura se realizó el 18 de marzo de 2019 , como consta en el acta #49, visible al folio 403 del expediente de contratación.

Objeto	Oferta N° 1 Constructora Gonzalo Delgado S.A.	Oferta N° 2 Constructora Navarro y Avilés S.A.	Oferta N° 3 Estructuras S.A.	Oferta N° 4 Edificadora Centroamericana Rapiparedes S.A.
Renglón N° 1 Diseño	\$215 769,34	\$281 559,06	\$287 487,38	\$331 499,45
Renglón N° 2 Construcción	\$4 794 874,15	\$6 256 867,90	\$6 820 578,39	\$6 374 989,33
Renglón N° 3 Equipo Médico	\$1 297 193,31	\$ 1 123 559,63	\$792 344,42	\$815 370,44
Renglón N°4 Mantenimiento	\$363 182,83	\$471 570,63	\$496 787,94	\$475 220,20
Total	\$6 671 019,62	\$8 133 557,21	\$8 397 198,12	\$7 997 079,41

(*) Se indican todos los montos en dólares para facilidad del lector. El tipo de cambio aplicado al monto en dólares corresponde al del día de la apertura de ofertas (18 de marzo de 2019) de ₡600,62 (fuente www.bccr.fi.cr).

10)

Renglón	Plazo entrega
Renglón N° 1 Diseño (Incluye planos, especificaciones técnicas, etc.)	15 semanas
Renglón N°2 Construcción	
Ítem 2.1 Actividades constructivas	34 semanas
Ítem 2.2 Complementarios (capacitaciones)	3 semanas
Renglón N°3 Equipo Médico (*)	
Ítem 3.1 Adquisición	34 semanas
Ítem 3.2 Complementarios (capacitaciones)	3 semanas
Renglón N°4 Mantenimiento	
Ítem 4.1 Infraestructura	2 años
Ítem 4.2 Equipo Médico	2 años

11)



DICTAMEN TÉCNICO
Admisibilidad Administrativa y Legal

Oferta No.	Nombre	Análisis Legal Administrativo	Folios
Uno	Constructora Gonzalo Delgado S.A.	Elegible	549
Dos	Constructora Navarro y Avilés S.A.	Elegible	550
Tres	Estructuras S.A.	Elegible	551
Cuatro	Edificadora Centroamericana Rapiparedes S.A.	Elegible	552

12)



DICTAMEN TÉCNICO
Admisibilidad Técnica

Plazo de Ejecución

Oferta No.	Nombre	Folio	Cumple
Uno	Constructora Gonzalo Delgado S.A.	420-422	Sí cumple
Dos	Constructora Navarro y Avilés S.A.	446-448	Sí cumple
Tres	Estructuras S.A.	478-480	Sí cumple
Cuatro	Edificadora Centroamericana Rapiparedes S.A.	500-502	Sí cumple

Cumplimiento Tarifa Mínima CFIA - Diseño

Oferta No.	Nombre	Cumple
Uno	Constructora Gonzalo Delgado S.A.	Sí cumple
Dos	Constructora Navarro y Avilés S.A.	Sí cumple
Tres	Estructuras S.A.	Sí cumple
Cuatro	Edificadora Centroamericana Rapiparedes S.A.	Sí cumple

13)



DICTAMEN TÉCNICO
Admisibilidad Técnica

Requisitos de Elegibilidad Técnica

Elegibilidad Técnica	Descripción del Requisito	Oferta 1	Oferta 2	Oferta 3	Oferta 4
		Constructora Gonzalo Delgado S.A.	Constructora Navarro y Avilés S.A.	Estructuras S.A.	Edificadora Centroamericana Rapiparedes S.A.
Requisito 1	F-CA-25 Carta de Garantía de Fabricante para equipos Máquinas de Diálisis	Sí cumple Folio 439	Sí cumple Folio 457	Sí cumple Folio 476	Sí cumple Folio 527
Requisito 2	F-CA-71 Oferta de Servicios	Sí cumple Folio 420-421	Sí cumple Folio 446-448	Sí cumple Folio 478-480	Sí cumple Folio 500-502
Requisito 3	F-CA-73 Oferta económica	Sí cumple Folio 424-425	Sí cumple Folio 460-461	Sí cumple Folio 483-484	Sí cumple Folio 511-512
Requisito 4	F-CA-74 Actividades a subcontratar	Sí cumple Folio 427	Sí cumple Folio 462	Sí cumple Folio 486	Sí cumple Folio 516
Requisito 5	F-CA-94 Desglose de costos de equipo médico	Sí cumple Folio 429-431	Sí cumple Folio 463-465	Sí cumple Folio 488-490	Sí cumple Folio 518-520
Requisito 6	F-CA-100 Declaración jurada-equipo médico	Sí cumple Folio 433-435	Sí cumple Folio 466-469	Sí cumple Folio 492-495	Sí cumple Folio 522-525
Requisito 7	Cronograma General	Sí cumple Folio 443	Sí cumple Folio 470	Sí cumple Folio 497	Sí cumple Folio 514

14)



DICTAMEN TÉCNICO
Elegibilidad Técnica

Número de Oferta	Empresa	Oferente
Uno	Constructora Gonzalo Delgado S.A.	Elegible
Dos	Constructora Navarro y Avilés S.A.	Elegible
Tres	Estructuras S.A.	Elegible
Cuatro	Edificadora Centroamericana Rapiparedes S.A.	Elegible

15)



DICTAMEN TÉCNICO
Razonabilidad del Precio

Metodología de Razonabilidad de Precios

Para esta Contratación a Precalificados, se usó la Metodología #2 del documento "Metodología para la Elaboración de Estudios de Razonabilidad de Precios en Procedimientos de compra que Tramita la Caja Costarricense de Seguro Social".

16)



DICTAMEN TÉCNICO
Razonabilidad del Precio

Razonabilidad de Precios Renglones Diseño, Construcción, Equipo Médico y Mantenimiento

Oferta Mejor Evaluada		Estimación DAI			
Oferta 1 Constructora Gonzalo Delgado S.A.					
Descripción	Monto total	Descripción	Monto	Límite Máximo	Límite Mínimo
Diseño	\$215 769,34	Diseño	\$207 048,80	\$227 753,68	\$186 343,92
Construcción	\$4 794 874,15	Construcción	\$4 912 189,88	\$5 403 408,87	\$4 420 970,89
Equipo Médico y Mantenimiento-Item Equipo Médico	\$1 353 504,19	Equipo Médico y Mantenimiento-Item Equipo Médico	\$903 424,66	\$903 424,66	\$537 766,87
Mantenimiento-Item Infraestructura	\$306 871,95	Mantenimiento-Item Infraestructura	\$314 380,15	\$345 818,17	\$282 942,14
Total	\$6 671 019,62	Total	\$6 337 043,49	\$6 880 405,38	\$5 428 023,82

17)



18)

DICTAMEN TÉCNICO
Razonabilidad del Precio

Considerando los análisis previos de razonabilidad realizados según la metodología N°2, incluida en el documento "Metodología para la Elaboración de Estudios de Razonabilidad de Precios en Procedimientos de Compra que Tramita la Caja Costarricense de Seguro Social" y considerando que el resultado generado de dicho análisis concluye que el monto total ofertado es razonable, se determina que la oferta de la empresa Constructora Gonzalo Delgado S.A. (oferente N°.1) tiene un precio razonable.

19)



1 De acuerdo con el oficio DJ-4864-2019, la Dirección Jurídica emitió su criterio, en el cual otorga el visto bueno, previo a que lo conozca la Junta Directiva.

20)



Considerando el criterio técnico dado por la Dirección de Arquitectura e Ingeniería en el oficio DAI-1514-2019, el aval de la Dirección Jurídica en la nota DJ-4864-2019, así como lo recomendado por la Comisión Especial de Licitaciones por medio del documento CEL-0039-2019; y habiéndose conocido lo presentado por el Ing. Jorge Granados Soto, Gerente a.i., Gerencia de Infraestructura y Tecnologías, por medio del oficio GIT-1483-2019, la Junta Directiva

ACUERDA:

PROPUESTA DE
ACUERDO



ACUERDO

PRIMERO

Adjudicar la Contratación a Precalificados 2018PR-000003-4402, correspondiente a “Unidad de Terapia Renal del Hospital Enrique Baltodano de Liberia”, por un monto total de \$6.671.019,62 (Seis millones seiscientos setenta y un mil diecinueve dólares 62/100), a ejecutar por la empresa Constructora Gonzalo Delgado S.A., según el siguiente detalle:

21)



Renglones	Plazo de entrega ⁽²⁾	Dólares
1 Diseño	15 semanas	\$215.769,34
2 Construcción ⁽¹⁾	37 semanas	\$4.794.874,15
3 Equipo Médico	37 semanas	\$1.297.193,31
4 Mantenimiento preventivo y correctivo ítem N°4.1	104 semanas	\$306.871,95
4 Mantenimiento preventivo y correctivo ítem N°4.2	104 semanas	\$56.310,88
Plazo y monto total para adjudicar	156 semanas	\$6.671.019,62

PROPUESTA DE
ACUERDO

(1) Del monto total ofertado para el Renglón 2. Construcción, la Administración reservará y autorizará un equivalente al 5% (mismo que no es contabilizado dentro el monto total de la oferta). Esta Reserva se empleará para eventuales trabajos de contingencia, que se presenten durante la ejecución de la obra, ya sea por ajustes debidos a las condiciones específicas del sitio o alguna otra circunstancia imprevista. Se entiende que dicho porcentaje es una previsión presupuestaria que será cancelada únicamente si se ejecutó algún trabajo. De allí, que no podrá considerarse como un pago obligatorio para el contratista, en caso de que no se ejecute ninguna actividad.

(2) La orden de inicio de los renglones 2 Construcción y 3 Equipo Médico se emitirá simultáneamente.

Las demás condiciones y especificaciones, de acuerdo con la oferta recomendada y lo solicitado en el cartel.

ACUERDO FIRME

El director Loría Chaves se retira temporalmente del salón de sesiones.

Ing. Granados Soto:

Tenemos para ustedes la adjudicación del diseño, construcción y equipamiento de la unidad de terapia renal del Hospital Enrique Baltodano de Liberia. Para ustedes es bien conocido que la zona de Guanacaste es una zona con una alta incidencia en enfermedad renal crónica y por lo tanto, este proyecto, pues vendría a dar un espacio de atención a toda esa población de la zona, con la adecuada condición de infraestructura y equipamiento que ahorita no lo tienen y, entonces, la idea es presentarlo muy rápidamente el proyecto, la (...) y la propuesta de adjudicación si lo tienen a bien. Va a presentar el Ing. Ávila Fernández que está en este momento a cargo de la Dirección de Arquitectura e Ingeniería (DAI).

Ing. Ávila Fernández:

Buenos días. Como lo dijo don Jorge es la presentación de la adjudicación, para lo que es la Unidad de Terapia Renal de Liberia. Como antecedentes generales, como dijeron en su momento, la subárea de Vigilancia Epidemiológica del Área de Salud de Liberia y la Gerencia Médica de la

Caja, determinaron las necesidades de demanda del servicio y las condiciones necesarias de la enfermedad crónica renal. Este aspecto fue ratificado por la Dirección de Proyección de Servicios de Salud, en un oficio N° GM-54461 del 2015, con base en esa resolución la DAI desarrolló lo que es el programa funcional mismo que fue avalado, por la Gerencia Médica en el 2017, mediante el GMS-20214. Con base en ese antecedente general el 11 de diciembre del 2018 se inició el proceso de licitación. Antecedentes generales de la unidad, es un proyecto con un área de 2.062 m² en dos niveles, el cual incluye una red de remodelación de área de parqueos para ingresar al edificio, tiene atención de lo que son unidades de peritoneal, 21 puestos para lo que es hemodiálisis, cuatro salones individuales para hemodiálisis, todo el procedimiento, estaciones de enfermería y aspectos complementarios para el sistema electromecánico, servicios sanitarios y demás. Muestra la ubicación dentro del complejo hospitalario, la zona marcada es donde se va a desarrollar el proyecto, es un jardín y una pared de parqueo como lo indiqué. Estas son perspectivas generales de cómo se vería a futuro la unidad de terapia renal. A modo general, el primer nivel tiene lo que son las salas de espera, consultorios médicos, áreas de tratamiento, sillones, salas de procedimientos, servicios sanitarios y de sanción interdisciplinaria y listas de espera, ambas de la parte de la parte de situación vertical para el segundo nivel. En el segundo nivel están las áreas de procedimientos, tenemos una parte inferior de tratamientos individuales de hemodiálisis y diálisis, como apoyo independientes separados. En las otras partes superiores tenemos ya las áreas de encamados para hacer diálisis peritoneal y en el centro lo que es la parte de hemodiálisis, además, de la atención de enfermería y el sistema de tratamiento de aguas para la parte de hemodiálisis. El acto de apertura de la licitación fue el 18 de marzo del 2019, se recibieron cuatro ofertas cuyos montos varían entre seis millones setecientos setenta y dos mil dólares a ocho millones trescientos noventa y siete mil dólares. El proyecto consta de cuatro renglones, uno de diseño que tiene 15 semanas, más el renglón de construcción y equipamiento médico que son para ejecutarse en la zona paralela, con 34 semanas de ejecución cada uno y tres semanas asociado a lo que son cursos de capacitación. Y finalmente, lo que son la parte de mantenimiento e infraestructura y equipo médico que son en períodos de dos años. Después de realizarse el análisis legal y administrativo, resulta que las cuatro empresas que participaron son elegibles, por lo cual todas fueron sujetas a análisis técnico. En el análisis técnico se evaluaron tres puntos, la primera fue la garantía de ejecución, la cual todas las empresas cumplieron y lo que es el cumplimiento de lo que es la tarifa mínima del Colegio Federado de Ingenieros y Arquitectos (CFIA) que también cumplieron. También se revisaron requisitos, como lo fueron la oferta de servicios, la oferta económica, equipo médico, cronograma general y todas las ofertas cumplieron con los requisitos establecidos. Por lo cual las ofertas son elegibles desde el punto de vista técnico, con base en la apertura de las ofertas y la revisión del equipo técnico y condiciones de tipo cartelarias se realizó la aplicación de la metodología establecida por la Institución, específicamente la metodología N° 2 a la oferta de menor precio. Producto de eso se desarrolla la parte de bandas que genera las bandas entre de seis millones ochocientos ochenta mil dólares a cinco millones quinientos cuarenta y dos cuatrocientos veintiocho mil dólares. La metodología establece bandas como tal, la oferta más barata, que es la de la Constructora Gonzalo Delgado, ofertó seis millones seiscientos setenta y dos mil diecinueve dólares con sesenta y dos centavos, la banda varía con un límite superior de seis millones ochocientos ochenta mil cuatrocientos cinco dólares, por lo cual la oferta está dentro de las bandas siguiendo la metodología establecida por la Institución. Con base en la aplicación de la metodología y en vista de que la oferta varía entre las bandas generadas, se concluye que la oferta N° 1 de la Constructora Gonzalo Delgado tiene un precio razonable. Se cuenta con el dictamen de la Dirección Jurídica, específicamente, el N° DJ-4864-2019 en el cual se otorga el visto bueno, previo a que lo apruebe la Junta Directiva.

El doctor Macaya Hayes le da la palabra a Juan Manuel.

Lic. Delgado Martén:

Qué bueno, obviamente, no está el resto de la información en el expediente, pero esto es una precalificación.

Ing. Ávila Fernández:

Sí señor. (...) tiene un precio de un millón ciento noventa y cuatro mil ciento noventa colones, más dos mil setecientos millones de colones. Entonces, ese análisis de razonabilidad, porque no necesariamente lo entiendo bien, se estableció que en este caso, todos los precios están en tiempo de la razonabilidad del precio. (...) la metodología que se aplica en la razonabilidad de precios es a la oferta de menor precio y que cumple con los requisitos técnicos. En este momento, todas las empresas cumplieron con el requisito técnicos y son elegibles, se adjudicó a la oferta que está ofertando el monto más barato que fue la oferta N° 1.

Doctor Macaya Hayes:

Un comentario, yo sé que no está relacionado, necesariamente, a la licitación, pero el otro día tuvimos una discusión esta Junta Directiva, sobre ese riesgo ocupacional u otra cosa. Les comento que hace unas semanas, se inauguró en Liberia en la Flor, el nuevo Centro de Investigación para el Cáncer que es realmente, impresionante. Eso viene con financiamiento e involucramiento del Instituto Nacional del Cáncer de los Estados Unidos, es parte del Instituto Nacional de Salud de los Estados Unidos, uno de los 23 institutos y hablamos de la posibilidad de implementar un estudio amplio para estudiar el fenómeno de la insuficiencia renal. Ahí estaba presente un grupo que le llaman la Isla, Red la Isla, la “Isla Nefer” en inglés, ellos han estado haciendo estudios en Centroamérica sobre esto, están bastante convencidos de que es un tema laboral que es ocupacional, aunque les explicamos que el tema o está tipificado en la Organización Internacional del Trabajo (OIT) y muchas cosas que hay que demostrar, pero mencionaban que en Nicaragua, en Ingenios San Antonio donde han hecho un estudio, hay parte de las tierras de la producción de caña que son bastante planas y se puede mecanizar la cosecha con unas cosechadoras grandes que tienen y hay otras donde no es suficientemente plana, para poder cosechar mecanizado y dice que la diferencia entre los trabajadores que están manejando las cosechadoras versus los que están volando machete, en doce a uno en insuficiencia renal. La hipótesis de ellos es que es un “shock térmico” pero donde tiene que haber, no solo el calor externo, tiene que haber un ejercicio extenuante físico, duro en ese calor externo, digamos, que hay una generación de calor interno que va de la mano con esto. Pero bueno, acordamos de que vamos a reunirnos para tratar de armar el equipo para implementar este estudio y justamente, ayer un grupo de la Universidad de Colorado que está involucrado con el Instituto Nacional de la Salud de los Estados Unidos, también quieren estudiarlo; entonces, vamos a ver si podemos armar un equipo interdisciplinario y que ojalá se pueda utilizar este mismo centro en La Flor como un centro de operaciones del estudio.

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

Don Mario.

Director Devandas Brenes:

Hace días que vengo preocupado por este tema y veo, por ejemplo, se va a construir esto, muy bien, fabuloso por la salud pública y la atención, pero de nuevo el Instituto Nacional de Seguros (INS) no tiene nada que ver con el tema y si se determina que es tiene un origen laboral, entramos en una discusión interesante. Yo felicito esta iniciativa, ojalá que avancemos lo más rápido posible y la otra cosa que iba a hacer otra observación sobre esto, yo he estado muy preocupado, porque hablamos ahora de los protocolos médicos -eso es muy importante- pero no tenemos protocolos en el desarrollo de proyectos. Entonces, no sé si uno saca la fecha desde que se determinó la necesidad hasta hoy y lo que sigue, se da cuenta que los plazos son muy laxos, hay una laxitud que por lo menos en otras experiencias, en la definición ya de las necesidades que se diga que se ocupa tantas camas, o esto o lo otro, yo me inclino porque ojalá se establezca un protocolo con lo que yo no sé si todavía lo llaman así, porque yo lo estudiaba en ese tiempo en el PER famoso, en el que se establece todo el proceso para determinar realmente cómo acortamos plazos, para establecer soluciones y luego, muy bien vamos a adjudicar esto, pero ese es una parte del proyecto. El proyecto completo no está, es decir, cuántos especialistas vamos a necesitar y cuál es el personal, entre otros; porque ese PER, entonces, diría en tal fecha tiene que estar convocándose para hacer los concursos, para hacer los nombramientos para que cuanto se corte la cinta de inauguración del edificio, estén las gabachas ahí listas para entrar a dar un servicio, porque nos ha pasado en otros, insisto, que se inaugura el edificio, cuatro meses después o cinco meses después viene la modificación presupuestaria, para crear las plazas y entonces, después de que se crean se aprueba la modificación presupuestaria, cuatro meses después para hacer los concursos, para hacer los nombramientos, eso me parece a mí que tiene que ser un salto cualitativo en la formación de desarrollo de estos proyectos. Entonces, yo insto al señor Gerente General y a Infraestructura, para trabajar en un protocolo, incluso, que al personal médico de un hospital le diga usted tiene tanto tiempo para que inicie, no puede ser que dure cuatro años, por lo menos fue una experiencia en Puntarenas que no había acuerdo de qué era lo que necesitaban, qué querían y yo entiendo a Infraestructura, ustedes necesitan que el cliente les dice qué es lo que quiere, qué es lo que ocupan, pero si se toman cuatro años para definir. Entonces, yo creo que con un protocolo en que se haga la predeterminación de la demanda e iniciar ahí el proceso, para tener períodos y responsabilidades a efecto de que trabajáramos más aceleradamente y de nuevo que los proyectos, se nos presenten completos, porque repito esto es solo la infraestructura.

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

Director Salas Chaves:

Yo me alegro muchísimo de que esto finalmente se pueda iniciar, tenemos una gran experiencia en Cañas, ahí se inició esto, es impresionante asistir ahí a la sala donde están ellos. Sin embargo, el grupo más grande está en Liberia sin duda alguna, porque abarca también en el resto de la Península hacia Filadelfia, el Tempisque y ahí para abajo todo eso es caña de azúcar. No parece que vaya a cambiar el uso de las tierras muy pronto de manera que la caña va a ser por muchos años la actividad y sobre todo, lo que dice el Presidente me parece fantástico, porque esa gente que tiene toda la metodología, están en el proyecto de investigación de Liberia me parece que nos podría dar un nuevo aire para conocer qué más se puede hacer. Les quiero decir que hace rato la Organización Panamericana de la Salud (OPS), viene trabajando en el Salvador y cuando estaba ahí la señora Ministra Rodríguez, una persona que ahorita tiene alrededor de noventa años, era la Ministra de Salud de todos los gobiernos de izquierda y derecha, era la indiscutible, ella logró meter este tema como una enfermedad de declaración obligatoria en la OPS, para hacer conciencia en todo el

mundo, porque era un problema de salud pública grave. En el caso de Nicaragua, ya tiene miles de muertos como una guerra solo de la enfermedad renal, en el Salvador por supuesto y les cuento, en el sur de Guatemala, que es donde se siembra caña, igualmente, de manera que esto pareciera que es una enfermedad ocupacional. Lo que pasa es que solo los países que tiene registro de este tipo de trabajador como el nuestro -que dichosamente lo tiene- gracias al EDUS y todo lo demás, ahora lo podemos documentar. Sin embargo, esto no es viejísimo, esto comenzó hace 20 años, es impresionante ante los ojos de todos, empezaron a ver cómo la gente se moría súbitamente, comenzaron mucho más en Nicaragua, ahí se dio más. Como un efecto del cambio climático se tenía que ver como calentamiento global, porque eso es lo que plantea la gente de La Isla y que sea la hora de calor -la primera-. Sin embargo, en el caso de Nicaragua, se los digo porque he ido, he visitado todo y están corriendo el horario a la madrugada, para evitar la hora esa terrible de las 10:00 a.m. a las 2:00 p.m., los pasaron a la madrugada. Los pesan a todos los trabajadores antes de iniciar la jornada, les dan desayuno y agua de una planta purificadora de agua de la planta, porque todas las teorías se orientaban a que podían ser los metales pesados. Entonces, para eliminar esa posibilidad, no se les permitió comer en su casa, sino venir a desayunar a la planta, tomar el agua solo de la planta. Capacitaron a un grupo ahí les dicen promotoras de la salud, para eso, pesarlos, ponerlos a orinar y con estudios sencillísimos de campo de la concentración del color de la orina, ellos saben si la persona viene muy deshidratada, o un poco deshidratada pueden hacer ese análisis ahí rápidamente. Luego, les dan el agua y cada hora tienen que tomarse un litro de agua y cada tres horas, se tiene que tomar un boli que es de electrolitos y glucosa, para recuperar porque es un trabajo terrible y los dejan 15 minutos cada hora a la sombra. Les pusieron techos para que estén ahí y ha disminuido brutalmente, o sea, sí se demuestra qué efectivamente hay un componente. Sin embargo, les cortaron las uñas a todos y revisaron las uñas de todos, porque se pensaba que en las uñas se depositan los metales pesados, entonces, en el pelo y en las uñas y aparecen todos los metales pesados de este mundo. Sin embargo, no hay nada contundente para decir es el estaño, es el arsénico, ahí están todos, todo eso han hecho; sin embargo, cada vez que me preguntaban a mí, yo les dije eso está maravilloso y está increíble, pero lo primero es atenderlos, nos vamos a quedar con el cuento y la gente se muere y no los atendemos. No se ha podido hasta la fecha instalar una planta, o un servicio de diálisis peritoneal como lo tiene Cañas, aquí cuando fuimos a comprar las bolsas, hubo una discusión, porque no es cualquiera el que aprende a conectarse todo eso de forma estéril, porque las peritonitis aparecen de inmediato si no lo hacen correctamente y son trabajadores del campo, con una escolaridad muy baja, etc. Entonces, lo nuestro tiene que ser contundente, a mí me parece que esto es esencial, porque le vamos a poder explicar a todo el mundo cómo se maneja esto. Una vez que tengamos la población ya en control, se puede seguir avanzando en la investigación que sería muy bien ubicada ahí, si logramos encontrar esto con la gente de Liberia. Así que muchas felicidades, vale la pena.

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

Directora Abarca Jiménez:

Gracias. Yo voy más o menos a lo que está comentando el Dr. Salas, en el sentido de que me parece excelente que estemos haciendo esta Unidad de Terapia Renal, pero se me ocurre, doctor que a través de prestaciones sociales, nosotros quizás podamos y aprovechando lo que comentaba el Dr. Macaya hace un ratito, entre la aparente relación de la actividad de la corta de caña y esta enfermedad. Nosotros a través de prestaciones sociales podríamos acercarnos a estas empresas que se dedican al cultivo de la caña, con un programa de cómo se deben hidratar los funcionarios, para hacer su trabajo como adelantarnos al problema; inclusive, le escuché a la doctora Solís y esto es

idea de ella, por qué no se les distribuye a los muchachos que cortan la caña, uno de esos salvequitos que ese les conoce como “Kambelbac”, en donde uno pueda hacer ejercicio y anda la hidratación de una manera muy cómoda que no entorpece su actividad. Entonces, hacer como un programa con las empresas, porque no son muchas, porque son empresas muy grandes para adelantarnos a este problema y es algo que no tiene mayor costo para nosotros.

Dr. Cervantes Barrantes:

Informarle a Fabiola que, precisamente, el doctor Palma Lostalo está en Cañas y él tenía todo este tipo de proyectos, cuando el doctor y yo fuimos, él nos explicó cómo ellos habían llegado a las empresas, habían coordinado cuando se da la oportunidad de la dirección de Liberia, lo pasamos ahí con ese fin. Pero yo voy a revisar para ver si se continúa haciendo, él tiene una interacción excelente con estos temas y lo otro, es tal vez don Mario, ningún proyecto llega aquí, sin que la Dirección de Proyección de Servicios de Salud, haya hecho todos los cálculos de qué plantilla ocupa. Ellos no van a traerlo aquí sin que ya no tenga firmado y certificado que Proyección dice estas son las plazas, para ocuparlas después. Lo que ha sucedido y contra lo que estamos luchando y yo le pedí al Dr. Ruiz que una vez que firmaron esto y dicen esto, se construye y quieren más, eso es lo que estamos tratando de regular. Si lo que se requiere es que cuando se presente, se traiga nuevamente el estudio acá, eso se podría hacer.

Director Devandas Brenes:

No, perdón, eso está muy bien, pero es el proyecto completo, o sea, en tal fecha se tiene que hacer el concurso, en tal fecha se tiene que habilitar el presupuesto, por ejemplo, nefrólogo no se tiene.

Dr. Cervantes Barrantes:

Ya tenemos nefrólogo.

Director Devandas Brenes:

Cuando abrimos la Torre del México, este servidor preguntó, cuántas plazas más ocupábamos, en ese momento no estaba el dato. Entonces, uno no tiene la visión completa del proyecto, al final no se si eran 120 plazas más las que se ocupaban para poner a funcionar la Torre. Entonces, uno ahí ya tiene la visión completa del proyecto, cuánto cuesta y cuándo se va a ejecutar y cómo. Yo creo que ahí tenemos claro ese aspecto.

Dr. Cervantes Barrantes:

Yo entiendo.

Ing. Granados Soto:

Don Mario, totalmente de acuerdo con usted, tal vez para su tranquilidad todos los proyectos que vienen a adjudicación aquí, son llevados por el equipo de puesta en marcha que está adscrito a la Dirección de Planificación, en la cual nos reunimos constantemente y tenemos toda esa información de cuál es el costo operativo del proyecto, cuánto se requiere en cantidad de plazas, lo que son insumos, inicios del proyecto, si hay alguna situación, por ejemplo, de la Gerencia de

Logística, ropa hospitalaria, lavandería, todo eso se tiene. Yo también le voy a solicitar al equipo de puesta en marcha, para que nos acompañe siempre cuando se haga la presentación del proyecto y ellos puedan mostrar también. En los proyectos más grandes, más significativos si lo hemos estado haciendo, por ejemplo, en el caso de Puntarenas, en el caso de Turrialba que ha venido todo el equipo y se plantea todo el esquema. En este proyecto que es un poco más pequeño, no se trajo el equipo de puesta en marcha, pero sí están esos estudios. Entonces, para tranquilidad de la Junta no es que no se sabe cuánta gente está y ni cuánta tiene que estar, no eso se sabe y se lleva un control y el proyecto continúa, puesta en marcha hasta su entrega final, ya con eso y la Jurídica ya se le da el seguimiento, pero para futuros le voy a solicitar al grupo de puesta en marcha que venga para que puedan presentar lo correspondiente.

Ing. Ávila Fernández:

Considerando el criterio técnico dado por la Dirección de Arquitectura e Ingeniería, en el oficio N° DAI-1514-2019, el aval de la Dirección Jurídica en la nota N° DJ-4864-2019, así como lo recomendado por la Comisión de Licitaciones por medio del documento N° CEL-0039-2019 y habiéndose conocido, lo presentado por el Ing. Jorge Granados Soto, Gerente a.i. de la Gerencia de Infraestructura y Tecnologías, por medio del oficio N° 1483-2019 la Junta Directiva acuerda: adjudicar la contratación del precalificado N° 2018PR-000003-4402, correspondiente a la Unidad de Terapia Renal del Hospital Regional Dr. Enrique Baltodano de Liberia, por un monto de síes millones seiscientos setenta y dos mil diecinueve dólares con treinta y dos centavos, adjudicada a la empresa Gonzalo Delgado S.A. con un monto total de seis millones seiscientos setenta y un mil diecinueve dólares con sesenta y dos centavos. El proyecto tiene una reserva presupuestaria que está asociada al renglón dos para efectos de una condición de imprevistas y queda claro que el renglón dos y tres se ejecutan simultáneamente.

Doctor Macaya Hayes:

¿Esto tiene el aval del Comité de licitaciones?

Ing. Granados Soto:

Aquí está el de la Dirección Jurídica, oficio N° DJ-4864 que le dio el aval para que el tema lo conozca la Junta Directiva y lo recomendado por la Comisión de licitaciones en el documento CL-00039-20219.

Doctor Macaya Hayes:

Algún comentario, si no hay más, entonces, procedemos a votar. En firme.

Ing. Granados Soto:

Tal vez para que sepan el proyecto de Hemodiálisis peritoneal, fue adjudicado, se había apelado, pero la Contraloría declaró sin lugar la apelación y el proceso que sigue es el aval del Órgano Contralor.

Doctor Macaya Hayes:

Qué bien.

Por consiguiente, conocido el oficio N° GIT-1483-2019, de fecha 28 de octubre de 2019, firmado por el Ing. Jorge Granados Soto, Gerente a.i. de Infraestructura y Tecnologías que, en lo conducente, literalmente se lee así:

“Se traslada para su consideración y posterior toma de decisión de la Junta Directiva, la propuesta de adjudicación de la Contratación a Precalificados N° 2018PR-000003-4402, con el objeto contractual de “Unidad de Terapia Renal del Hospital Enrique Baltodano de Liberia”

I. Antecedentes.

Mediante el Estudio Técnico de Recurso Físico (visible en tomo #1, folio 19 a 49) se indica lo siguiente:

“...En el año 2014, la Subárea de Vigilancia Epidemiológica del Área de Salud Colectiva de la Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud, adscrita a la Gerencia Médica, estudió los factores asociados a la ERC en la población adulta mayor de 18 años y menor de 59 años, residente en Guanacaste durante el período 2005 – 2014.

Según se cita en el anterior informe, se ha observado que la Enfermedad Renal Crónica muestra elevadas tasas de mortalidad en la región Centroamericana, con tendencias crecientes fundamentalmente en Nicaragua y El Salvador, situación que ha sido reportada en Costa Rica, en especial en el Pacífico Seco del país.

Particularmente, se indica que la zona de mayor afectación en Costa Rica se localiza en la provincia de Guanacaste, al norte del país, en zonas con predominancia agrícola y altitudes inferiores a los 500 metros sobre el nivel del mar. Su presencia es predominantemente en la población masculina, descripción que es coincidente con lo citado en el 52° Consejo Directivo de la Organización Panamericana de Salud (OPS)...”

Posteriormente, la Dirección de Proyección de Servicio de Salud (DPSS), elaboró un análisis preliminar de oferta y demanda del servicio de diálisis peritoneal, en el informe de ese análisis se señala que los habitantes de la provincia de Guanacaste cuentan con mayor riesgo de padecer la ERC. La DPSS analizó las opciones de ubicación y determinó conveniente reforzar la infraestructura del Hospital de Liberia antes que el Hospital México (Red a la que está adscrito el Hospital de Liberia), para minimizar tanto la distancia a recorrer como los costos de traslado para la población y la CCSS. A esto se suma que en la provincia de Guanacaste la CCSS de previo se dispone de dos establecimientos en que se brinda el servicio de diálisis peritoneal, a saber, el CAIS de Cañas y el Hospital Enrique Baltodano de Liberia. Por lo que la nueva obra vendría a reforzar y mejorar el servicio que se brinda actualmente en Liberia.

El Estudio Técnico del Recurso Físico también cita: *“...la Gerencia de Infraestructura y Tecnologías (GIT) instruye a la Dirección de Administración de Proyectos Especiales (DAPE) mediante Oficio 33800-2014, para que se elaboren el estudio técnico y el programa funcional y se continúe con la ejecución del proyecto...”*

Posteriormente, por medio del oficio DAI-2709-2016 (ver anexo a Decisión de Inicio) la Gerencia de Infraestructura y Tecnologías remite el Estudio técnico y programa funcional de dicha Unidad a la Gerencia Médica. La Gerencia Médica da su aval a lo enviado a través de la nota GM-S-20814-2017 (ver anexo a Decisión de Inicio).

Cabe agregar que el proyecto se encuentra incluido dentro del Portafolio de Proyectos de Inversión en Infraestructura y Tecnologías 2019-2023 de la Institución.

Como parte fundamental del alcance del proyecto, se incluye el suministro de un sistema centralizado de agua ultra purificada para líquido de diálisis, el cual se basa en la necesidad de proveer agua exenta de sustancias tóxicas que dan lugar a complicaciones crónicas de los pacientes hemodializados, las mismas pueden reaccionar con células y proteínas que conlleva a fenómenos de bio-incompatibilidad que pueden ser introducidos al circuito sanguíneo extracorpóreo. En este caso, la Administración ha seleccionado que el proceso de ultra purificación se haga a través de un sistema centralizado por sus ventajas en cuanto a la cantidad de actividades de mantenimiento preventivo y correctivo del mismo, procesos de desinfección y tomas de muestras para control bacteriológico (ver tabla comparativa en documento “Justificación sistema centralizado en anexo a Decisión de Inicio), los cuales son menores en el sistema centralizado en comparación con un sistema individualizado.

Además, existen otras razones tales como garantizar la continuidad del funcionamiento de las máquinas al contar con sistema de apoyo en caso de falla eléctrica. Todas las ventajas mencionadas y que determinaron la elección del sistema centralizado de agua ultrapura también cuentan con respaldo del área clínica a nivel institucional tal como se menciona en el oficio AGM-CTNFL-083-2018 de la Comisión Técnica de Normalización y Compras de Nefrología (ver anexo a Decisión de Inicio).

Se suma a lo anterior, que el proyecto debe contar con un Sistema de Monitorización Automatizado, en vista de que según menciona el oficio HEBB-UDPA-036-10-2018 (ver en anexo a Decisión de Inicio):

“...Este tipo software permite controlar y evaluar la calidad del tratamiento de diálisis que se ofrece al paciente, tomando en cuenta los parámetros establecidos internacionalmente como:

- 1. Dosis de diálisis.*
- 2. Control de Hipertensión arterial.*
- 3. Corrección de la anemia.*
- 4. Funcionamiento del acceso vascular.*
- 5. Manejo del trastorno mineral óseo asociado a ERC.*

En resumen, este tipo de software permite hacer una adecuación individual de la dosis de diálisis para cada paciente y nos daría la oportunidad de brindar un tratamiento dialítico eficaz y seguro que garantice mayor supervivencia a largo plazo y disminución significativa de la morbilidad y mortalidad cardiovascular que radica en mayor calidad en la atención brindada a los usuarios...”

La licitación tuvo fecha de invitación el 11 de diciembre de 2018 mediante oficio DAI-3347-2018 (folio 114).

La apertura de ofertas se efectuó el 18 de marzo de 2019, de acuerdo con el acta N° 49 (folios 403 - 404).

II. Dictamen Técnico.

La Comisión Técnica de la Dirección de Arquitectura e Ingeniería mediante el oficio DAI-1514-2019 (folios del 557 al 564), emitió la respectiva recomendación técnica.

III. Dictamen Legal.

a. Análisis administrativo.

Efectuado en la Subárea de Gestión Administrativa y Logística, de la Dirección de Arquitectura e Ingeniería. En dicho análisis, se determina que todas las ofertas presentadas son elegibles, y cumplen con todos los aspectos legales y administrativos solicitados en el cartel (visible a folios 548 a 553).

b. Criterio legal

La Dirección Jurídica mediante el oficio DJ-4864-2019 del 04 de setiembre de 2019 (folios del 638 a 642), otorga el aval indicando en lo que interesa:

“...Luego de revisar el expediente administrativo se indica que, esta Dirección Jurídica entendiendo las particularidades del tipo de procedimiento, considera que la oferta recomendada y potencialmente adjudicataria (Constructora Gonzalo Delgado S.A., cédula jurídica 3-101-060618), ha cumplido con los requisitos jurídicos para que la Comisión Especial de Licitaciones recomiende a la Junta Directiva el dictado del acto de adjudicación...”

IV. Dictamen Financiero.

La Dirección Financiero Contable por medio del Área de Contabilidad de Costos, de acuerdo con la licitación original a saber, Licitación Pública N° 2016LN-00003-4402 “Etapa de precalificación para el diseño, construcción, equipamiento y mantenimiento de proyectos de infraestructura de mediana complejidad de la Caja Costarricense de Seguro Social”, determinó que la empresa propuesta para adjudicar superó la evaluación financiera.

Por otra parte, con respecto a la Razonabilidad de Precios y la disponibilidad de los recursos se indica lo siguiente:

a. Razonabilidad de precios.

La Comisión Técnica de la Dirección de Arquitectura e Ingeniería, en oficio DAI-1514-2019, de fecha 10 de junio de 2019, en el apartado IV “Razonabilidad de Precios” (folios 559 a 563), realizó el estudio pertinente, concluyendo que la oferta N° 1 Constructora Gonzalo Delgado S.A., presenta un monto global razonable, por lo que se recomienda la adjudicación.

b. Certificación presupuestaria.

Se han separado los recursos para hacer frente al compromiso que genera este concurso, según Constancia de Formulación Presupuestaria, oficio GIT-0819-2019, (folio 623).

V. Comisión Especial de Licitaciones.

Una vez desarrollados los respectivos estudios técnicos, administrativos, legales y financieros, en apego al procedimiento institucional, el tema fue remitido a la Comisión Especial de Licitaciones, la misma posterior al análisis del expediente, recomienda la remisión para la adjudicación de Junta Directiva de la Contratación a Precalificados 2018PR-000003-4402, “Unidad de Terapia Renal del Hospital Enrique Baltodano de Liberia”, según consta en el oficio CEL-0039-2019 que corresponde en lo que interesa al acta de la Sesión Ordinaria N° 15 celebrada el 01 de octubre de 2019 (folios 647 al 650).

VI. Conclusión.

Se disponen de los estudios técnicos, administrativos, legales y financieros pertinentes, así como la respectiva recomendación de la Comisión Especial de Licitaciones. Debido a ello se concluye que la adjudicación se debe dar, a efecto de continuar con la satisfacción del interés público, en atención a los principios de eficiencia y eficacia que rigen la Contratación Administrativa.

VII. Recomendación.

Con base en los criterios técnicos, administrativos, legales y financieros, así como lo indicado por la Comisión Especial de Licitaciones; la Gerencia de Infraestructura y Tecnologías recomienda la adjudicación de la Contratación a Precalificados 2018PR-000003-4402, a la empresa Constructora Gonzalo Delgado S.A.,

de acuerdo con los elementos que se tienen como acreditados en el expediente de la Contratación a Precalificados 2018PR-000003-4402, cuyo objeto contractual es “*Unidad de Terapia Renal del Hospital Enrique Baltodano de Liberia*” y dado el cumplimiento administrativo, legal y técnico y, considerando la recomendación técnica, así como el análisis de la razonabilidad de precios, en oficio número DAI-1514-2019, firmado por los miembros de la Comisión Técnica de la Dirección de Arquitectura e Ingeniería, el aval de la Dirección Jurídica en la nota N° DJ-4864-2019, así como el acuerdo de aprobación de la Comisión Especial de Licitaciones en sesión ordinaria N° 15-2019, celebrada el 1° de octubre del año en curso (CEL-0039-2019) y habiéndose hecho la presentación pertinente por parte del ingeniero Ronald Ávila Fernández, Director a.i. Dirección de Arquitectura e Ingeniería, que concuerda con el citado oficio N° GIT-1483-2019, firmado por el Ing. Granados Soto, Gerente a.i. de Infraestructura y Tecnologías, la recomendación de señor Gerente General en el oficio N° GG-1902-2019, la Junta Directiva -por unanimidad- **ACUERDA:**

ACUERDO PRIMERO: adjudicar la Contratación a Precalificados 2018PR-000003-4402, correspondiente a “Unidad de Terapia Renal del Hospital Enrique Baltodano de Liberia” por un monto total de \$6.671.019,62 (seis millones seiscientos setenta y un mil diecinueve dólares

62/100), a ejecutar por la empresa Constructora Gonzalo Delgado S.A., oferta uno, según se detalla en el siguiente cuadro:

Renglones	Plazo de entrega (2)	Dólares
1.Diseño	15 semanas	\$215.769,34
2.Construcción ⁽¹⁾	37 semanas	\$4.794.874,15
3.Equipo Médico	37 semanas	\$1.297.193,31
4.Mantenimiento preventivo y correctivo <i>Ítem N° 4.1</i>	104 semanas	\$306.871,95
4.Mantenimiento preventivo y correctivo <i>Ítem N° 4.2</i>	104 semanas	\$56.310,88
Plazo y monto total para adjudicar	156 semanas	\$6.671.019,62

(1) Del monto total ofertado para el Renglón 2. Construcción, la Administración reservará y autorizará un equivalente al 5% (mismo que no es contabilizado dentro el monto total de la oferta). Esta Reserva se empleará para eventuales trabajos de contingencia, que se presenten durante la ejecución de la obra, ya sea por ajustes debidos a las condiciones específicas del sitio o alguna otra circunstancia imprevista. Se entiende que dicho porcentaje es una previsión presupuestaria que será cancelada únicamente si se ejecutó algún trabajo. De allí, que no podrá considerarse como un pago obligatorio para el contratista, en caso de que no se ejecute ninguna actividad.

(2) La orden de inicio de los renglones 2 Construcción y 3 Equipo Médico se emitirá simultáneamente.

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

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

Se retiran del salón de sesiones el ingeniero Ronald Ávila Fernández, Director a.i. Dirección de Arquitectura e Ingeniería y Sofía Chaves de la dirección Arquitectura e Ingeniería.

Ingresa al salón de sesiones el licenciado Jaime Barrantes Espinoza, Gerente de Pensiones, el licenciado Carlos Meleghatti del Banco Central de Costa Rica, la licenciada Ana Patricia Arguedas, Jefe de Área Ciudadano de Oro, la licenciada Marianita Dormond Directora de Prestaciones Sociales.

ARTICULO 6°

Se conoce el oficio N° GP-7470-2019 (GG-1882-2019), de fecha 11 de octubre de 2019, firmado por el licenciado Jaime Barrantes Espinoza, Gerente de Pensiones y que contiene la propuesta Proyecto BCCR-CCSS, para la modernización de la tarjeta del Ciudadano de Oro.

La presentación está a cargo del Licda. Marianita Dormond, con base en las siguientes láminas:

1)

PROYECTO BCCR-CCSS LA NUEVA TARJETA PARA EL CIUDADANO DE ORO

GERENCIA DE PENSIONES

Octubre de 2019



2)



ANTECEDENTES

1

El Programa Ciudadano de Oro, fue creado por la Caja en 1997, mediante acuerdo de Junta Directiva (sesión Nº7116 del 08 de abril de 1997) para crear una cultura de dignificación y respeto a los adultos mayores de 65 años y más.

Este programa fue la antesala de:

-Ley 7935, del año 1999.-Ley Integral para la Persona Adulta Mayor .

-Ley 7936, que reformó la Ley de Transporte Público.

2

Desde sus inicios busca responder a las situaciones que agobian a estas personas, tales como:

- La falta de atención respetuosa y oportuna en los servicios.
- la indiferencia .
- la estrechez económica y
- la falta de acceso a la recreación y la cultura.

3

Los beneficios con los que inició el Programa son:

- Atención Preferencial Ints. Públicas y Privadas.
- Descuentos en el Comercio.
- Pasajes Gratuitos y con Descuentos en el Transporte Público en autobús.
- Educación y Capacitación no formal, (Cursos, Talleres y Encuentros para la Recreación y Uso del Tiempo Libre).
- La tarjeta de identificación.

3)



ANTECEDENTES

4

La tecnología del año 1997, no permitió concretar algunos de los beneficios de forma directa e inmediata, ocasionando en el transporte un beneficio a medias, pues aún persisten los maltratos.

5

El crecimiento acelerado de la población adulta mayor demanda acciones concretas y modernas para su atención, reconocimiento y bienestar, pues Costa Rica es un país agradecido y solidario con los adultos mayores.



4)



DICTAMEN TÉCNICO



- 1 La Caja fue la primera Institución en el país, en crear un programa para beneficiar al adulto mayor de 65 años y más, sin distinciones de ningún tipo, reconociendo su esfuerzo y legado a la patria, pues consideró que esta población merece ser tratada con más respeto, dadas las condiciones de vulnerabilidad detectadas en 1997, en una Investigación realizada por la Agencia de Publicidad de Porter Novelli.
- 2 El carné de ciudadano de oro es de color dorado, con un logotipo que representa la idea de luz como conocimiento y experiencia: cualidades propias del adulto mayor. Este logotipo representa al sol como vida y contiene el logo de la Caja por medio de la madre y el niño en un círculo, para transmitir la sensación de unidad y de fuerza.
- 3 El carné, se puede solicitar en cualquier Sucursal de la Caja, en la Web Institucional, y en el Programa Ciudadano de Oro, unidad que solicita su confección a la empresa contratada. El nuevo carné lo entregarían los bancos, con lo que la Caja tendría una disminución en costos de entrega y de búsqueda de descuentos en el comercio.
- 4 La iniciativa de un nuevo carné es congruente con el objetivo inicial de la Caja, al desarrollar el Programa Ciudadano de Oro, pues busca dignificar a este grupo poblacional y facilitar el acceso a descuentos comerciales y subsidios en transporte para aumentar su capacidad de compra y codyuvar en su situación económica, entre otros beneficios. Según el INEC al año 2018, un 25% de esta población, está en pobreza y pobreza extrema.

5)

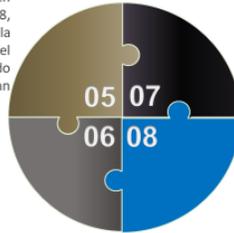


DICTAMEN TÉCNICO

El Programa Ciudadano de Oro desde sus inicios ofrece actividades gratuitas de capacitación en todo el territorio nacional, (sólo en el 2018, 1376 cursos y talleres para fomentar la recreación, la cultura y la utilización sana del tiempo libre. (23,222 beneficiarios) y ha logrado que más de 2000 comercios ofrezcan descuentos.

Actualmente el programa cuenta con los recursos físicos y materiales a través del fondo de Prestaciones Sociales para atender las funciones de:

- 1.-Entrega de tarjetas
- 2.-Búsqueda de descuentos comerciales.
- 3.-Contratación de cursos y talleres.
- 4.-Realización de encuentros y festivales.
- 5.-Promover la atención oportuna y respetuosa a través de campañas publicitarias.



El Banco Central de Costa Rica a través de la División de Sistemas de Pago, (con experiencia del desarrollo de SINPE), se encuentra elaborando un Sistema que permitirá modernizar los pagos de todas las personas, y quiere comenzar con el carné del ciudadano de oro para concentrar los servicios y beneficios de la persona Adulta Mayor en un solo documento. Para este fin, ha propuesto una alianza con la Caja que podría traducirse en mayor bienestar, independencia y autonomía de la persona adulta mayor.

La población Adulta Mayor, según el INEC ronda las 430 288 personas en el 2019, es decir, representan casi un 9% de la población y se estima que para el 2050, representarán aproximadamente el 21%.

6)



DICTAMEN TÉCNICO

Objetivos

1.-Dignificar a las personas adultas mayores y modernizar el medio que utilizan para los pagos que realizan en la actualidad.



2.-Agrupar en un solo documento (el Carné Ciudadano de Oro), el mayor número de beneficios que se otorgan a ese grupo de la población.

3.-Mejorar el trato recibido en la obtención de los servicios y beneficios a esta población.

7)



DICTAMEN LEGAL

El Carné de Ciudadano de Oro es el documento utilizado por la Caja para identificar a los adultos mayores de 65 años y más.

Su respaldo legal está contemplado en el acuerdo de Junta Directiva mediante el cual se creó el programa ciudadano de Oro. (sesión N°7116 del 08 de abril de 1997)

Dictamen de la Dirección Jurídica sobre el otorgamiento del Carné (DJ.4553-2006, artículo 3° de la session #1454-06 del 11 de junio de 2006)



- 1** Artículo 3 de la Ley Constitutiva en la que se faculta a la Junta Directiva para determinar reglamentariamente los beneficios que se otorgarán.
- 2** Reglamento de Prestaciones Sociales Artículo 9, aprobado en la sesión de Junta Directiva N°8161, art.10 del 21 de junio del 2007.
- 3** DJ-219-2007, DJ 8641-2007 y DJ-1401-2014 que respaldan las Prestaciones Sociales en la Caja.

8)



DICTAMEN FINANCIERO

Dicha propuesta presenta un ahorro a la Institución de aproximadamente 36.8 millones de colones.

Cuadro: Ahorro en gastos (millones de colones)

Año	Contratación del carné	Viáticos	Transporte	Planilla	Total
2018	1.4	2.9	0.5	32	36.8

Fuente: Tomado del presupuesto del Área Ciudadano de Oro.

Dichos recursos serán destinados a fortalecer las diferentes actividades futuras del Programa y a brindar capacitaciones para explicar los beneficios de la nueva tarjeta Ciudadano de Oro.



9)



CONCLUSIÓN

Esta nueva tarjeta promovida por el Banco Central de Costa Rica y la Caja Costarricense de Seguro Social, con el apoyo de todo el Sistema Bancario Nacional, representa un gran aporte a la persona Adulta Mayor, ya que contribuye significativamente a su dignificación y además:



- 1** Moderniza el medio de pago del transporte público (Evita el maltrato por tratarse de tarjeta sin contacto)
- 2** Mejora los servicios y beneficios comerciales
- 3** Facilita todo tipo de pagos e incluso la firma digital gratuita (Convenio)

10)



CONCLUSIÓN

4 Este Proyecto permite dignificar al Adulto Mayor.

5 Para la Caja representa un relanzamiento del programa y con ello una oportunidad de mejorar la imagen Institucional, al seguir contribuyendo con proyectos visionarios que vienen a contribuir con el bienestar de los adultos mayores.



6 Dicho Proyecto representa un ahorro de aproximadamente 36.8 millones y la oportunidad de destinar estos recursos al desarrollo de nuevos beneficios (Turismo Social para la recreación del adulto mayor).

7 La nueva tarjeta representa una mejora a la actual, porque incluye una foto del usuario, aditamentos como la tecnología sin contacto y desde el punto de vista de diseño, siempre llevaría el logotipo de Programa Ciudadano de Oro de la Caja, que da la idea de luz como conocimiento y experiencia, con el sol como vida y el logo de la Caja por medio de la madre y del niño. El círculo es Unidad y Fuerza.

11)



RECOMENDACIONES

1

- Establecer un convenio con el Banco Central de Costa Rica para modernizar el carné del Ciudadano de Oro, concretando con éste los objetivos iniciales del Programa Ciudadano de Oro.

2

- Coadyuvar en la campaña de comunicación de esta iniciativa con los recursos existentes para publicidad con que cuenta la Dirección de Prestaciones Sociales para beneficiar a la persona Adulta Mayor.

12)



RECOMENDACIÓN

3

Acompañar al BCCR en reunión con Gerentes Generales de los diferentes Bancos del sistema costarricense (Banco Nacional / Banco de Costa Rica / BAC / Banco Popular, entre otros), para efectos de los descuentos comerciales a los Adultos Mayores. También asistir a reuniones con diferentes Cámaras (Transportes, Turismo, y la de Comercio, para solicitar apoyo a esta iniciativa).

4

Solicitar al Ministro de Hacienda un trato preferencial para los pagos con descuentos a los Adultos Mayores en Comercios.

5

Elaborar un convenio con el Banco Central para la emisión sin costo de la Firma Digital para los Adultos Mayores que así lo soliciten.

13)



PROPUESTA DE ACUERDOS



Propuesta de Acuerdo: De conformidad con lo expuesto por el Gerente de Pensiones en nota GP- GP-3627-2019 de fecha 14 de junio de 2019, referente al Proyecto BCCR-CCSS "La nueva tarjeta para el Ciudadano de Oro" presentado por la Dirección de Prestaciones Sociales de la Gerencia de Pensiones y la División de Sistemas de Pagos del BCCR, amparados al artículo 3 de la Ley Constitutiva de la Caja Costarricense de Seguro Social, el artículo 9 del Reglamento de Prestaciones Sociales y el Criterio Legal D.J. 4553-2006, sobre la continuación de entrega del carné de Ciudadano de Oro, la Junta Directiva ACUERDA:

ACUERDO PRIMERO

- Instruir a la Gerencia de Pensiones y a la Dirección de Prestaciones Sociales para que efectúen un Convenio con el Banco Central de Costa Rica con el fin de modernizar la tarjeta del Ciudadano de Oro, con el mismo diseño en cuanto a color, tamaño y logo del Programa Ciudadano de Oro, pero incluyendo la fotografía del tarjetahabiente, tecnología sin contacto y otras aplicaciones, para que se concreten los servicios y beneficios del Programa Ciudadano de Oro. Y que la misma sea entregada por el Sistema Bancario Nacional sin costo alguno para esta población.

14)



ACUERDO SEGUNDO



Instruir a la Gerencia de Pensiones y a la Dirección de Prestaciones Sociales para:

- 1.-Acompañar al Banco Central en las diferentes reuniones con los Bancos, Cámaras y Ministerio de Hacienda para la puesta en marcha de esta iniciativa.
- 2.-Brindar las capacitaciones con el fin de explicar los servicios y beneficios de la nueva tarjeta del Ciudadano de Oro.
- 3.-Coadyuvar en las campañas publicitarias que se utilicen para la promoción del cambio.

Licda. Dormond Sáenz:

Quiero agradecer este espacio porque sé que ha sido una cuestión de rapidez, pero dicen que es de buen cristiano ser agradecido. Entonces, yo vengo a decirles a ustedes aquí públicamente que me siento muy agradecida con el Dr. Álvaro Salas, porque durante su administración fue cuando salió el programa ciudadano de oro, se creó este programa que vino a abrir el camino para beneficiar a las personas adultas mayores de este país. La propuesta que traemos este día es una propuesta interesantísima que surge con una iniciativa del Banco Central que nos llama y nos dice “coordinemos, nosotros queremos modernizar el sistema de transporte público en el país, el sistema de cómo se paga el transporte público y necesitamos de ustedes, porque sabemos que ustedes en el año 1997 crearon un programa para beneficiar a la población costarricense mayor de 65 años”. Este programa es un programa sin distinciones de ningún tipo, porque aquí no se necesita ni ser pensionado, ni pertenecer a algún club, es solo tener más de 65 años y se hizo, pensando en aumentar y mejorar la capacidad de compra de las personas

adultas mayores; mejorar el acceso a la recreación y buscar el desarrollo pleno de estas personas, de la población adulta mayor. Uno de los problemas más grandes con que nos encontramos en 1997, es que la población adulta mayor tenía problemas serios de ingresos y eso se mantiene en la actualidad. La población adulta mayor de nuestro país, alrededor de un 25% de la población dice que está en pobreza y pobreza extrema, de manera que nosotros tenemos un compromiso, como Institución que lidera los Seguros Sociales más importantes de este país, como son el Seguro de Salud y el Seguro de Pensiones, de seguir contribuyendo con estas personas, ya en la parte de los servicios sociales, por eso empecé agradeciendo al Dr. Salas porque el desarrollo de los servicios sociales aquí en la Caja, se lo debemos a usted, gracias por confiar en nosotros doctor, para desarrollar esto. Créame que para mí ha sido gratificante ver las caras agradecidas de tantas personas con los beneficios que les entregamos. Muchas gracias que Dios retribuya todo ese esfuerzo y trabajo con bendiciones para usted y para toda su familia. Les decía que la población adulta mayor, enfrentaba y enfrenta un problema de recursos, de insuficiencia de recursos, entonces, ellos se quejaban por la estrechez económica en que estaban, por la indiferencia y pedían ser tomados en cuenta y pedían que si no les alcanzaba la plata, era mucho más difícil tener acceso a la recreación y a la cultura, con costos les alcanzaba para la alimentación y eso todavía se presenta. Por eso se desarrolló un programa que vino a ser la antesala de la Ley del adulto mayor en este país, en 1997 no había ley, fue dos años después que la Asamblea sacó la ley de la Persona Adulta Mayor y fue la Caja la que vino a abrir ese camino, lo abrió también pidiéndole a la Asamblea, a sus diputados que sacaran una ley para reformar el transporte público en este país, porque en aquel entonces solo tenían derecho a viajar gratis los niños de menos de tres años y, entonces, con la Ley N° 7936 se logró que pudieran viajar gratuitamente, distancias inferiores a los 25 km y con descuentos en distancias superiores. El Programa entonces surge para dar respuesta a los mayores problemas de esa población y, entonces, se empieza a buscar la atención preferencial en instituciones públicas y privadas; empieza a buscar descuentos, a tocar las puertas de comerciantes para que ofrecieran un descuento a la población adulta mayor y, también, buscando reuniones con los transportistas, con las cámaras para que permitieran que los adultos disfrutaran y se concretara ese beneficio. Porque si no esa ley no se iba a quedar en el proyecto, la ley de viajar gratuitamente o con descuento y desde el programa se empezó a trabajar en educación y capacitación no formal que se realiza en todo el país, solo para citar un ejemplo, en el año 2018 nosotros logramos beneficiar con cursos, talleres y actividades recreativas a más de 23.000 personas en todo el territorio nacional. El problema que nos encontramos en 1997 y es que nosotros, la tarjeta de nosotros, traía al dorso una banda magnética, nosotros teníamos toda la intención de poder meter en esa banda magnética, esta es la de 1997 y tenía una banda y se pretendía meter ahí información, para que ellos viajaran gratis y meter información de la salud, del expediente, del tipo de sangre y todos esos datos importantes para facilitarle la vida al adulto mayor, pero la tecnología de aquel tiempo no lo permitía. Y el hecho más importante de por qué esta alianza estratégica con el Banco Central, es que la población adulta mayor está creciendo y de forma acelerada y demanda cada día más servicios de otro nivel y nosotros como Caja-institución líder en Seguridad Social de este país, no podemos volver la cara y tenemos que ayudar a esta población, este es un país agradecido con sus progenitores, la gente es solidaria y por eso es que la Caja quiso emprender acciones en esta materia de servicio o prestaciones sociales, para beneficiar primero a este grupo de la población de más de 65 años de edad. Ahora, como saben que es poco el espacio que tenemos, les voy a presentar a don Carlos, don Carlos les va a hablar del detalle que lleva este trabajo, porque ellos, en el Banco Central en la División de Pagos, ellos son los que hicieron el Sistema SINPE en este país, solo como dato para que ustedes sepan a quién les traemos el día de hoy,

la cabeza y es don Carlos Meleghatti. El Sistema SINPE es una herramienta que casi todos la usan y ellos ahora están por modernizar el transporte y dijeron aquí hay que llamar a la Caja, entonces, don Carlos por favor.

La presentación está a cargo del Lic. Carlos Meleghatti del Banco Central de Costa Rica, con base en las siguientes láminas:

1)

BC BANCO
CR CENTRAL DE
COSTA RICA

División Sistemas de Pago

Carné del Ciudadano de Oro
- Versión Digital -

Octubre, 2019

2)

Objetivos del Proyecto

General:

“Mejorar la experiencia de pago del Adulto Mayor y por ende su calidad de vida”

Específicos:

“Diseñar un instrumento de pago que permita concentrar los beneficios económicos de la persona Adulta Mayor”



3)

Vivencias en sus experiencias de pago

A que están sujetos:

- Retrasos
- Exposición
- Maltrato
- Stress
- Angustia
- Robo
- Otros



Porqué están sujeto a eso:

- Porque deben identificarse
- Porque deben entregar algo
- Porque tiene un trato diferenciado
- Otros



4)

Pago del Adulto Mayor en el transporte público

- **Tipo de tarifa preferencial:** artículo 33 de la Ley Reguladora Transporte Remunerado Personas Vehículos Automotores (Ley 3503, del 10 de mayo de 1965)



- **Forma de autenticación en la unidad de transporte:** artículo 8 de la Ley Integral para la Persona Adulta Mayor (Ley 7935, del 25 de octubre del 1999)



5)



La nueva experiencia de pago



6)

Nueva experiencia de pago en comercios



7)

Nueva experiencia de pago en el BUS



8)



Bancarización de personas por grupos de edad
- a Agosto de 2019 -

Edad	Población total (*)	Cantidad de personas con al menos una cuenta			% bancarización		
		Mujeres	Hombres	Total	Mujeres	Hombres	Total
Mayor o igual a 10 años	4 501 471	1 617 541	1 649 666	3 267 207	35,93%	36,65%	72,58%
Mayor o igual a 15 años	4 134 920	1 569 994	1 598 735	3 168 729	37,97%	38,66%	76,63%
Mayor o igual a 18 años	3 916 646	1 526 633	1 553 322	3 079 955	38,98%	39,66%	78,64%
Mayor o igual a 65 años	528 831	194 402	187 109	381 511	36,76%	35,38%	72,14%

(*) Incluye personas con cédula, Dimex, DIDI y pasaporte

Fuente: Banco Central



9)



Diseño de la tarjeta del Adulto Mayor

10)



11)



12)

Justificación del Color - Oro

- Es el color del sol y la divinidad, de la belleza, la pompa, de la vanidad y la solemnidad.
- Lo prefieren más los mayores que los jóvenes.
- Acompaña a cualidades como la fidelidad, la amistad, la honradez o la confianza.
- Aspectos positivos relacionados con el color dorado:

- Belleza
- Riqueza
- Fidelidad
- Permanencia
- Glamour
- Mérito



13)

Revisando el Carné del Ciudadano de Oro



14)

Digitalizando el Carné de Ciudadano de Oro



15)

La Firma en el Carné de Ciudadano de Oro



16)

Elementos del Carné de Ciudadano de Oro Versión Digital

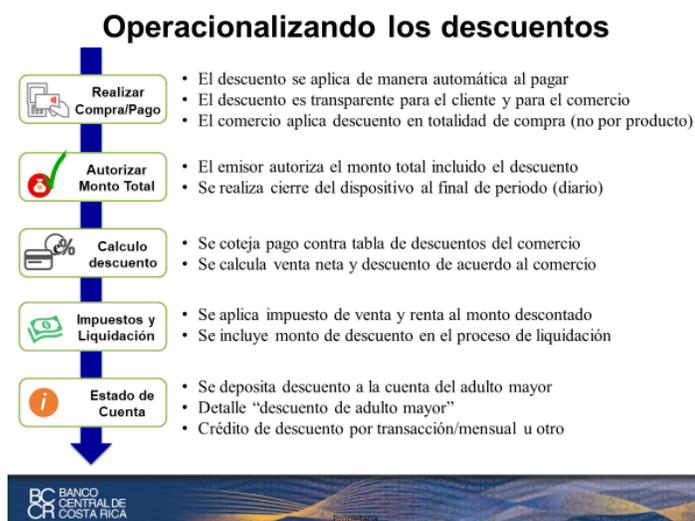


17)

Involucrados con el Carné de Ciudadano de Oro



18)



19)

Los próximos pasos

- **Reunión con Gerentes Generales de los Bancos: Nacional / Costa Rica / BAC / Popular**
 - Solicitar Emisión del Carné del Ciudadano de Oro
 - Solicitar a Bancos Adquirentes preparar esquema para el manejo de los descuentos en los comercios para los Adultos Mayores
 - Establecer coordinación entre la CCSS y los Bancos para avanzar en la Bancarización de los Adultos Mayores
- **Reunión con Cámara de Comercios y Cámara de Comercios detallistas para solicitar apoyo al proyecto de descuentos para los Adultos Mayores**
- **Solicitar al Ministerio de Hacienda un trato preferencial para los pagos con descuentos de Adultos Mayores en Comercios**
- **Otros ??**



Lic. Carlos Meleghatti:

Muchas gracias a todos, es un honor para mí estar aquí. Ya tenemos 22 años de estar empujando el desarrollo del sistema de pagos y me falta un tanto más, hacemos el desarrollo del sistema de pagos y todos los pagos electrónicos que se hacen en el país son alrededor de 600 millones de pagos que se hacen al año, entre las transacciones que pasan por el SINPE y las transacciones que hacen dentro de los bancos, solo el SINPE mueve alrededor de dos mil quinientos millones de dólares diarios, un 5% del Producto Interno Bruto (PIB) se mueve diariamente en el Sistema de Pagos. Eso es lo que ha desarrollado el país, porque la verdad no es solo un desarrollo del Banco Central nada más: están los bancos, están las entidades públicas, la Caja es un usuario importantísimo todas las pensiones se hacen por el SINPE y en general, muchísimos son los pagos. También hemos estudiado que 600 millones de pagos electrónicos es un tercio de los pagos que se hacen en el país, un tercio, aunque eso es el 91% ó 92% del monto transado, ya el alto valor logramos pasarlo por el Sistema Electrónico de Pagos, ya sea por tarjetas, las transacciones internas o bien por el SINPE nos queda en dos tercios, nos quedan más de mil millones de transacciones, que es comprar el

periódico, ir a comprar el pan, son transacciones de muy bajo monto. Entonces, venimos trabajando hace bastante tiempo en una estrategia de pagos al menudeo, es lo que tenemos que resolver y por eso nos metimos en el transporte público. El transporte público, la transacción promedio de transporte público son quinientos colones o seiscientos colones, un dólar, esa es la transacción promedio, hay transacciones de ciento cincuenta colones, o sea, es de muy, muy bajo valor, pero son todas las transacciones del mundo, son 600 millones de transacciones al año, si somos exitosos reemplazando el efectivo que es fundamentalmente como se paga el transporte por transacciones electrónicas, el país prácticamente puede soñar a ir saliéndose del efectivo. ¿Por qué nos queremos salir del efectivo? Porque el efectivo le cuesta mucho a este país, le cuesta quinientos millones de dólares al año, por procesar el efectivo. El Banco Central paga diez, quince millones de dólares al año, porque tenemos que comprárselo a los franceses, a los ingleses, le compramos el billete, la moneda, pero después hay que distribuirlo, pero esa es la tarea que le toca a los bancos, llevarlo a Limón, a Guanacaste a todo lado, cargar los cajeros automático, todo ese costo es enorme y al final de cuentas, todo ese costo se forma en costos que pagamos entre todos, porque al final de cuentas los comercios y los bancos, trasladan ese costo en sus bienes y servicios, o sea, es una estrategia país importante salirse, porque quinientos millones de dólares es 1% del PIB, eso cuesta el costo de las transacciones en efectivo para el país. Entonces, es toda la plata del mundo y por eso los países desarrollados hablan de salirse del efectivo, irse a medios económicos más baratos y todo. Bueno, eso también pasa por las tarjetas que su uso sea más barato, estamos ahora en la Asamblea Legislativa impulsando un proyecto para bajar las tasas, porque también es importante y, entonces, nos metimos en este tema del transporte público y en el transporte público hay que resolver todos los problemas y uno era resolver el tema del adulto mayor, el adulto mayor paga con la cédula, presenta la cédula. Tiene razón Marianita, en aquella época la tecnología no daba para utilizar una tarjeta electrónica, como sí lo es ahora y, entonces, empezamos a ver qué hacemos para todo el abordaje a lo que le voy a hablar, es por el proyecto de transporte cómo resolvemos el pago para el adulto mayor. Pero bueno, fuimos entendiendo que lo que tenemos que resolver, es el problema del adulto mayor más allá del transporte público, o sea, cuando nos fuimos metiendo en esto vimos que también, el adulto mayor paga en los comercios y al rato tienen los mismos tratos y en general, hay que resolverlo en forma muchísimo más general. Entonces, un poco los objetivos que creemos, es mejorar la experiencia de pago del adulto mayor y por ende su calidad de vida, podemos hacer algunas definiciones generales, pero eso lo materializamos, en diseñar un instrumento de pago, que permita concentrar los beneficios económicos de la persona adulta mayor, ojalá una tarjeta que a través de la tarjeta tenga los descuentos, viaje gratis en el bus, que pueda entrar a espectáculos donde no les cobran que haga mucho de la función que hace la tarjeta que ustedes tan sabiamente crearon hace mucho tiempo. Entonces, fuimos madurando, esto es un proceso en que fuimos aprendiendo y todavía nos falta mucho. Las vivencias en sus experiencias de pago en sí, uno ve que los adultos mayores sufren cosas, sufren retrasos cuando llegan al bus, para pasar, primero tienen que entregar la cédula, porque las máquinas esas no funcionan, las lectoras de las cédulas, o cuando llegan cuando le van a cobrar al supermercado tiene que llamar al supervisor para que le apliquen el descuento, es un trato diferenciado. El adulto mayor se expone, aquí llegó el adulto mayor pobre, aplíqueme los descuentos, hay una gran exposición y tiene maltrato. Nosotros nos reunimos con los transportistas y cuentan del maltrato de todo tipo y en el transporte público, es donde creemos que se materializa más, eso implica, estrés, angustia, los choferes le roban las cédulas, sí, el Tribunal Supremo de Elecciones dice que tiene el mayor costo en la cédula del adulto mayor, porque los choferes se las dejan y entonces, hay un mercado secundario de cédulas, sí la cédula del adulto mayor anda por todo lado, porque el chofer pasa la tarjeta del adulto mayor y reporta como si fuera un viaje y se deja la plata de ese viaje. Ahí es donde redondean, utilizan la cédula de los adultos mayores, a los señores se les olvida pedirla y entonces, hay todo un problema.

Entonces, nosotros decimos la verdad es que hay maltrato para el adulto mayor y creo que es un tema cultural, sí, no tenemos la cultura como sociedad para hacer un trato adecuado a esta población y uno dice, bueno, y como resolvemos el tema cultural, ahí está más difícil; pero si no vemos el tema de la cultura y vemos un tema eminentemente operativo, por qué está sujeto el adulto mayor a esos tratos, si nosotros creemos, digamos, sino fuera muy operativo esto podría ser mucho más profundo y amplio. Lo que nosotros creemos es que el adulto mayor debe identificarse, yo soy adulto mayor, yo soy el que necesito eso y tiene que exponerse a una identificación pública para que le apliquen todos los beneficios, entonces, uno dice “ah, por ahí puede venir la solución del diseño de la tarjeta, cómo hacemos para que el adulto mayor tenga un instrumento de pago donde diga, yo pago como paga todo el mundo y que los beneficios me vengan en automático”, eso es un poco, con este tipo de cosas, uno puede pensar en diseños de cosas, porque deben entregar algo, la cédula la deben entregar, siempre deben entregar algo los pobres. Y por qué fundamentalmente tienen un trato diferenciado para un mismo bien o servicio, ellos tienen que hacer algo más siempre. Entonces, eso nos va dando pistas, aún con un problema cultural como el que tenemos, por los bajos niveles educativos de los choferes y en general, de la gente que los atiende. Si tuviéramos un ecosistema operativo de pagos propio para ellos, podríamos ahí tener los beneficios que queremos y la cosa no termina ahí. Esta ley dijo que el adulto mayor entre 0 y 25 km. no paga nada, pero arriba de 25 km. tiene que pagar, entonces, al final de cuentas el adulto mayor tiene que tener una tarjeta o algo para pagar, porque cuando viaja en las rutas cortas todo está bien, ahí donde está la mayoría de las rutas, pero cuando tiene que pagar, entonces, siempre hay que darle aun para el transporte público, aunque esté esta ley hay que darle un instrumento de pago, hay que resolver el tema del instrumento de pago y entonces, estamos creando, ya eso es mucho más allá del transporte público y seguro ustedes lo han visto, cuando ya van a los comercios, estamos creando todo un ecosistema y lo reglamentamos en el Banco Central donde ya ustedes van a los comercios y estamos fomentando que la gente nunca entregue la tarjeta, porque cuando usted entrega la tarjeta se expone a riesgos de fraude, sobre todo en el comercio electrónico en internet, el 75% del fraude hoy por hoy se da en el comercio electrónico y ¿por qué? Porque usted entrega la tarjeta, le toman una foto y con esa información van y hacen una transacción en (...), porque siempre es peligrosísimo. Estamos creando un ecosistema, ya no hay que entregar la tarjeta, aquí no hay que entregar la tarjeta para cualquier persona y, también, para el adulto mayor. La idea es que no entreguen nada y, entonces, en el transporte público estamos preparando un diseño que ojalá podamos pagar todos con tarjeta bancaria. También, si le damos una tarjeta a este tipo al adulto mayor, él podría hacer lo mismo y no entregar el instrumento como lo hacen en este momento. Sacamos algunos números digamos si pudiéramos entregarle una tarjeta bancaria al adulto mayor, cuál es el reto, aquí tenemos la bancarización en el país, somos de los países más bancarizados de América Latina, la población adulta mayor, tiene un nivel de bancarización altísima en Costa Rica y esto es por el pago de las pensiones que van todas a cuentas bancarias y el 72% de los 528.000 adultos mayores que tenemos en la base de datos están bancarizados. Esto es muy bueno, porque al final de cuentas ya hoy tienen una cuenta bancaria, entonces, tenemos que hacer trabajo con el resto, pero ya hoy si la tarjeta que diseñamos tiene características particulares es sacarle la tarjetita actual y darle una nueva (...). De todas formas tiene una estructura porque va al cajero automático, esperamos datos de bancarización de la población adulta mayor mucho menores, pero la verdad es que con este dato nos sentimos muy contentos. Está muy cercano a los otros grupos poblacionales, los mayores a 18 años 78%, creo que solo estamos debajo de Chile en bancarización. Los estratos son de 10 años hacia arriba, de 15 años hacia arriba y 18 años. El Banco Mundial hace estadísticas y la estatura de la población de bancarización de 15 años para arriba. Aquí estamos dramáticamente (...) como país porque, por ejemplo, Perú tiene 28% de utilización, El Salvador un 30%, igual que Paraguay, porque hay muchas condiciones, entonces, eso es bueno. Cuando empezamos a hablar de

transporte público, en el Ministerio de Transportes de la tarjeta del adulto mayor, entonces, empezamos ahí esto lo plantearon los mismos bancos. Entonces, empezamos a diseñar la misma tarjeta de adulto mayor, estuvimos pensando en diferentes diseños, cuando empezamos a estudiar y consultamos gentes para definir cuál era el color más adecuado para la tarjeta del adulto mayor, color oro por la belleza, la riqueza, la fidelidad y otros aspectos, son cosas que valoran el adulto mayor. También, se pensó en cómo transformar la tarjeta del adulto mayor y que la nueva tarjeta sea la del carné del ciudadano de oro, en la versión moderna. Empezamos a diseñar diferentes versiones de la tarjeta y cosas, tiene la marca, el nombre del banco, es una tarjeta que tiene varios aspectos, como lo pueden ver ahí, tiene el número de IBAN, tiene que tener algo particular, la fotografía de las personas para evitar un riesgo, entonces, tiene que tener elementos de la cédula, número de cédula, tiene un poquito de características. Estuvimos diseñándola junto con los bancos, presentamos alternativas y queremos hacer más sobre estas tarjetas, también, tenemos muchos años de estar impulsando la firma digital en el país, ese es el proyecto que tratamos de desarrollar “Gobierno Digital”, entonces, que la tarjeta del adulto mayor tenga firma digital y ese aspecto es muy importante por su funcionalidad. Ya tenemos dos bancos que en los próximos tres meses, empiezan a emitir tarjetas que contengan la firma digital. Entonces, esto es lo que tenemos, la tarjeta bancaria ya a decir el nombre, el domicilio financiero, tendrá el logo de ciudadano de oro, número de cédula, el número de la tarjeta, entre otros. Creemos que la funcionalidad es completa por el color, por la foto, por el número de cédula, es la credencial, sería un medio de pago, es una tarjeta de descuento, entonces, sin que le pregunte nadie, cada vez que pague se le hace el descuento automáticamente, eso lo estamos trabajando con los bancos para que sea así. Es un domicilio financiero, el adulto mayor ya se le va a pagar, se le da la tarjeta y está activada, entonces, como tiene un domicilio financiero, no solo se puede pagar en Costa Rica, sino en cualquier lugar del mundo, porque ya tiene ese número que es el número internacional de cuentas y esta identidad digital, (...) identidad física aunque no queremos (...) la cédula, pero es con la firma digital, pero con la firma digital yo puedo firmar en cualquier sitio de internet y puedo firmar el compromiso jurídico, sin firmar (...). En algún momento le podría servir muchísimo y, entonces, si nos enfocamos en el adulto mayor, lo ponemos en el centro de los elementos, decimos bueno desde la perspectiva de que el adulto mayor tiene que hacer los pagos bancarios, nosotros estamos trabajando en el Banco Central en la norma operativa, para normar esta tarjeta, decidir cuál es el color, cuál es la característica y todo, vemos a los bancos, a la actividad financiera emitiendo estas tarjetas voluntariamente, también en lo privado, porque hay muy buena voluntad para hacerlo. Cuando le damos acceso a las marcas internacionales, ellos dicen “podemos comprar el tema de seguros, todo mundo viajó con la tarjeta y todo estuvo bien”. También, están incluidas otras empresas públicas como el Consejo Nacional de la Persona Adulta Mayor (CONAPAM), a las entidades responsables de trabajar con el adulto mayor, haciendo un cambio y promoviendo este instrumento y el adulto mayor pagando en comercios, en el comercio, en transporte público y en todos lados y por supuesto, la Caja tiene la coordinación con el sistema financiero, identificando adultos mayores en todo el país, educándolos y hablando. En Turrialba, por ejemplo, en las sucursales del Banco Nacional, vamos a darles tarjetas, algunas zonas muy activas, tenemos que ir haciendo la tarea aunque nos va a llevar años, pero la idea es ir hacia futuro, eso es un poco lo que nosotros proponemos. Ahora estamos viendo cómo operacionalizamos los descuentos, porque cómo hace el adulto mayor cuando llegue con esa tarjeta y pague, por ejemplo, en Walmart o pague en cualquier lugar, lo ideal es que compre el producto y lo pague con la tarjetita, pero lo ideal es que el adulto mayor se identifique, aunque pague como cualquier otro ciudadano. En los sistemas se tienen que hacer muchos cambios, pero lo ideal es que en la tarjeta se identifique al adulto mayor, entonces, la mayoría de los pagos los realicen mediante esa modalidad de pago. También, se tiene que involucrar al Ministerio de Hacienda, para que tenga un trato diferenciado

con el adulto mayor y en general, que todo el mundo esté involucrado en el proyecto. Los próximos pasos como lo vemos, las autoridades de la Institución se tienen que reunir con los gerentes generales de los bancos más importantes, con el presidente del Banco Central y es una persona que le encanta todo este tipo de cosas. Entonces, la emisión de las tarjetas de los ciudadanos de oro, van a ser digitales solicitando que se maneje el tema de los descuentos eso que hablábamos, establecer una coordinación de la Caja en los bancos, para la localización de esta gente, para la educación financiera y todas esas reuniones con la Cámara de Comercio, para que se logren concretar los descuentos en los productos y esto podría servirle bastante a la persona adulta mayor.

Licda. Dormond Sáenz:

Como pueden ver, mejoramos la capacidad de compra de los adultos mayores, se mejora la atención que reciben los adultos mayores, porque de por sí ya están maltratados y dignificamos, que es el objetivo principal, con el que nació el programa, para mejorar la situación de la población adulta mayor. Por lo que pedimos su colaboración para llevar adelante este proyecto, mejoramos el descuento, porque ahora los adultos mayores van a poder revisar ahí, cuánto es lo que de verdad se les aplicó y eso se aplica a su pensión, para complementar los ingresos y para la Caja, representa un relanzamiento de este programa que vino a abrir el camino de las personas adultas mayores. Va a llevar el logo del INAMU la tarjeta de este programa. Por lo que les pedimos a ustedes, por lo que les comentamos, poder establecer un convenio con ellos, el Banco Central de Costa Rica para coadyuvar en una campaña publicitaria, para que se realicen reuniones con los bancos y el Ministerio de Hacienda, para pedirle algún favorecimiento a los comercios con algún descuento y aquí está la propuesta de acuerdo.

Doctor Macaya Hayes:

¿Algún otro comentario?

Directora Alfaro Murillo:

Me satisface escuchar a con Carlos con su presentación en el Banco Central desde que lo vimos hace más de un año don Carlos -por ahí-, me pareció extraordinaria la idea. Entonces, nada más para decir que voy a votar a favor de lo que se proponga.

Director Salas Chaves:

Un comentario final. Cuando yo viví nueve años en países con poblaciones muy envejecidas como Europa, Japón y Estados Unidos, es impresionante como en el tiempo, las personas adultas mayores, fueron incorporándose a todo el proceso de desarrollo tecnológico, en los procesos de pago, impuestos y toda esta cosa. Al principio, yo recuerdo, en España, que no entiendo cómo son de cabreados, se pegan las teclas y todo eso, pero en el momento en que la plata entraba por ahí, todo se entendió. En el momento en que la plata, ya de su pensión llegaba ahí, podía operarla, todo se le facilitaba y, entonces, entendieron. Pero eso ha dignificado en esas realidades tan especiales en personas tan envejecidas, personas demenciales y aún con dificultades para proveer y entender cosas, lo aprenden, lo logran aprender a través del nieto, del bisnieto que les va enseñando poco a poco el uso, hasta que llega un punto en que el anciano (...), es un anciano dignificado con la frente en alto que entra a los comercios, no viene a pedir caridad, no viene de la caridad pública, viene a hacer uso de sus derechos y de su dinero, dentro de su capacidad de compra y me parece que eso

es lo que necesitamos nosotros, sacar a nuestros ancianos, nuestras personas mayores del rincón escondido donde los tenemos en la casa y sacarlos a que disfruten de los beneficios que la sociedad les ofrece y me parece que este es un paso en ese sentido muy importante. Estoy encantado de apoyarlos.

Directora Jiménez Aguilar:

Una pregunta, con respecto de la firma digital que no en todas las agencias se tramita, no todos los establecimientos la tienen, me parece que eso podría ser como cierta limitante para ellos.

Lic. Carlos Meleghatti:

(...) se ha hecho un gran esfuerzo y tenemos 50 oficinas con firma digital, pero como nunca tuvimos un sistema como ahora de registro (...) que impulsara o que estresara la emisión de las firmas, (...) había un certificado pero no teníamos un sistema. Ahora, nos exige darle los certificados como a medio millón de personas y estamos corriendo y ya estamos formando, vamos a llegar a 50 oficinas. En el tema hemos ido mejorando y en cuanto a la entrega de las tarjetas también va a ser un proceso, ahí vamos a buscar los espacios. Estamos avanzando mucho en el tema de la firma digital, le abre al país unas enormes posibilidades de digitalizar todo. Con la firma digital, puede entrar al Sistema Centralizado de Recaudación (SICERE) ¿qué más servicios les vamos a dar? Ya estamos preparando los bancos para darles a través de la firma permisos bancarios, pero a todas esas entidades se les debe preguntar, si van a usar firma digital (...), para subirse a un bus, tiene que hacer fila, pero eso en este momento no se ha definido, pero estamos corriendo.

El doctor Macaya Hayes le da la palabra a doña Fabiola y después a Juan Manuel.

Directora Abarca Jiménez:

Don Carlos, muchas gracias por su exposición muy interesante y me parece muy útil. Pero me llama la atención que esto hubiera enviado a la firma digital. A mí me pasó una experiencia con un familiar, porque resulta que, efectivamente, ahora el registro de accionistas se les solicita a los presidentes de las sociedades, hacer la declaración con firma digital y para poder usarla, uno tiene que pasar solo a hacer el trámite, no sé si en todos los lugares será igual, eso no lo sé, pero a ese familiar le pasó y ya está con problemas de memoria, no pudo y al final hubo que rogarle a la persona del banco, para que un acompañante pudiera pasar y ayudarle un poquito a sacar la firma. Se lo cuento, pero me imagino que ya lo están tomando en cuenta, pero más ahora que viene la firma digital unida a esta tarjeta para adultos mayores.

Lic. Carlos Meleghatti:

A los adultos mayores se les va a dar un trato más especial, ya no puede ser un trámite personalísimo. Sin embargo, uno cuando va a hacer la firma digital le piden el número de pin que ponga el pin y eso le da un sustento a Ley de Firma Digital que habla del (...). El día de mañana cualquier persona un patrono, firma y él no se puede quitar, no porque yo no sé (...). No, usted entró a ese lugar solo y puso su pin y usted es el responsable. No obstante, para algunos adultos mayores y alguna población, se considerará hacer algunas oficinas especiales para ellos. Lo que

siempre defendemos es el no repudio, si no la firma digital tendría poco valor que alguien firme un contrato y después, se quita, entonces, el contrato no vale nada.

Lic. Delgado Martén:

(...) si la ha perdido tiene que volver a ir a un banco a pedir una tarjeta. Es en la línea de si se ha pensado en alguna forma del fiel cumplimiento es un poco difícil, pero sí al acceso al pago de una persona que puede tener problemas en el móvil.

Lic. Carlos Meleghatti:

Siempre lo que protegemos es eso, porque si eso lo hacemos muy laxo, alguien le roba la tarjeta a usted, le cambia el password y lo empieza a comprometer a usted, entra a su banco y le vacía la cuenta, empieza a firmar transacciones por usted. Entonces, cual es el justo medio ahí, entonces, son retos que tenemos ligados en sí. Ahora lo que estamos haciendo es pensar que una persona puede ir a la oficina, pero en un trámite rápido y autoasistido, él pone la huella y puede cambiar el password, puede cambiar el pin algo rápido, eso las cámaras nos lo están diciendo y que tenga una prioridad altísima, o sea, que no tenga que sacar una cita, ni pagar, vamos a hacer un proceso gratis. Ahí vamos, vamos aprendiendo, porque ahora estamos en una situación que registra (...) nos está enseñando, qué mejoras tenemos que hacer. Más bien disculpen que todos esos problemas que están pasando, pero la verdad es que esto va preparando al país para un montón de otros sistemas que van a venir después del registro de accionistas.

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

Lic. Barrantes Espinoza:

El Banco Central en el tema de pensiones ha sido socio estratégico, principalmente, con toda esta evolución que hemos visto desde que se depositaba, se daban cheques y después, pasamos a convenios con los bancos que solo se podían con ciertos bancos que teníamos convenio y había un gasto importante en comisiones. Entonces, don Carlos a través del Banco Central y todo este tema de SINPE pudimos hacer que ya la pensión se deposite en cualquier entidad financiera que el pensionado quiera y nos parece que este otro paso, pues consolida aún más esa relación, la justa oportunidad de tener a futuro todo lo que son los servicios para el adulto mayor de manera digital. Hoy tenemos tal vez una población que tal vez va a dividirse, algunos les va a llamar la atención y otros, si pensamos a futuro, al 2040, 2050 y 2060 hoy todas las personas que andan en edades, todavía a favor, ellas no van a ver todo eso extraño, sino que lo ven natural, entonces, nos tenemos que ir preparando. Entonces, desde la Gerencia de Pensiones y la Dirección de Prestaciones Sociales, vemos este tema muy importante, como un paso hacia consolidar este programa y hacer esa sinergia nacional, para ayudar al adulto mayor y dignificarlo en esos aspectos que aquí se han hablado.

Licda. Dormond Sáenz:

Uno para que se instruya a la Gerencia de Pensiones y a la Dirección de Prestaciones, para que se efectúe el convenio con el Banco, porque hemos estado trabajando en esto y la tarjeta con todas las características que ya las vimos se va a respetar, no tiene en ningún costo para el ciudadano de oro, eso es muy importante y la última se refiere a que los acompañemos con la campaña publicitaria y

la educación que hay que hacer con la población adulta mayor, acompañarlos a reuniones con las cámaras, con los bancos y con el Ministerio de Hacienda, para ver si conseguimos beneficios para que se les otorguen a la población adulta mayor y ayudar en todo este proceso de capacitación que es una de nuestras herramientas, la capacitación y dar información, para que ellos tengan una mejor calidad de vida y en la parte de campaña publicitaria, pues nosotros siempre dejamos un contenido para promover este tipo de iniciativas. Entonces, agradecerles este espacio. Muchas gracias.

Doctor Macaya Hayes:

Hay algún otro comentario para estos temas, si no procedemos a votar. En firme.

Por consiguiente, conocido el oficio número GP-7470-2019, de fecha 11 de octubre de 2019, firmado por el licenciado Barrantes Espinoza, Gerente de Pensiones, que en lo conducente, en adelante se transcribe.

“De manera atenta se remite para consideración de la Junta Directiva el “Proyecto para la modernización de la tarjeta Ciudadano de Oro”, presentado por la Licda. Marianita Dormond Sáez, Directora, Dirección de Prestaciones Sociales mediante oficios DPS-254-2019 y DPS-260-2019, los cuales se adjuntan.

Dicho proyecto versa sobre la emisión de una nueva tarjeta como medio de pago, promovida por el Banco Central de Costa Rica y la Caja Costarricense de Seguro Social, con el apoyo de todo el Sistema Bancario Nacional, lo cual según lo manifestado por la Dirección de Prestaciones Sociales representa un aporte a la persona Adulta Mayor porque facilita y concreta muchos de los beneficios del Programa Ciudadano de Oro y contribuye significativamente a su dignificación.

Al respecto, esta Gerencia en fecha 27 de junio de 2019 presentó ante la Gerencia a su digno cargo el oficio GP-3627-2019 mediante el cual se presentaba la iniciativa de este proyecto, con el fin de que se sometiera para conocimiento y consideración de la Junta Directiva.

Siendo que el pasado 04 de setiembre de 2019 se realizó la presentación de esta iniciativa por parte de la Dirección de Prestaciones Sociales en su Despacho y en razón de los cambios propuestos por esa instancia, se somete para su valoración la presente propuesta de proyecto, dejando sin efecto lo indicado en el oficio GP-3627-2019.

Antecedentes.

La tarjeta o carné del Ciudadano de Oro es el medio utilizado por la Caja Costarricense de Seguro Social para la identificación de las personas Adultas Mayores de 65 años que deseen formar parte del Programa Ciudadano de Oro, el cual fue creado por la Junta Directiva de la Caja en la sesión N°7116 del 08 de abril de 1997.

El primer medio utilizado para el acceso de todos los beneficios a los adultos mayores fue el carné de Ciudadano de Oro, según el artículo 8 de la Ley 7935.

Sobre el particular se cuenta con el Dictamen de la Dirección Jurídica, DJ.4553-2006, artículo 3° de la sesión #1454-06 del 11 de junio de 2006, que indican la potestad de la Caja para dar continuidad al otorgamiento de dicho Carné.

Situación Actual y Resultados.

La Dirección de Prestaciones Sociales mediante oficios DPS-254-2019 y DPS-260-2019 presenta a esta Gerencia la solicitud para presentar ante Junta Directiva el Proyecto BCCR-CCSS sobre la nueva Tarjeta para el Ciudadano de Oro. Al respecto dicha Dirección en su ficha técnica contenida en el oficio DPS-260-2019, justifica el Proyecto de la siguiente manera:

“(…)

Descripción del asunto:

Se pretende cambiar la actual tarjeta o carné del Ciudadano de Oro por una tarjeta moderna del mismo color, tamaño y logo, con la adición de la fotografía del tarjetahabiente. Esto mediante un convenio con el BCCR que le permitirá al usuario acceder a beneficios como: depósito de la pensión, descuentos en comercios, una aplicación para el transporte público, firma digital sin costo alguno y cualquier otro beneficio que pueda ser depositado mensualmente en su cuenta, entre otros.

El cambio de tarjeta representa una oportunidad de mejora y de modernización en los servicios a nuestros usuarios, al facilitarle beneficios que la cédula de identidad y la tarjeta actual no permiten.

Otros detalles:

La Caja fue la primera Institución en el país, en crear un programa para beneficiar y reconocer al adulto mayor de 65 años, sin distinciones de ningún tipo, su esfuerzo y legado a la patria, pues consideró que esta población merece ser tratada con más respeto, dadas las condiciones de vulnerabilidad detectadas en 1997, por una Investigación de Porter Novelli.

El Programa Ciudadano de Oro identifica a los Adultos Mayores con un carné de color dorado, con un logotipo que representa la idea de luz como conocimiento y experiencia: cualidades propias del adulto mayor. Este logotipo representa al sol como vida y contiene el logo de la Caja por medio de la madre y el niño en un círculo, para transmitir la sensación de unidad y de fuerza.

El carné de Ciudadano de Oro, se puede solicitar en cualquier Sucursal de la Caja, y en el Programa Ciudadano de Oro, entidad que solicita su confección a la empresa contratada. El nuevo carné lo entregarían los bancos con lo que la Caja tendría una disminución en costos de entrega y de búsqueda de descuentos en el comercio, como se muestra en el cuadro 3, de esta propuesta.

La iniciativa de una nueva tarjeta es congruente con el fin inicial de la Caja, al desarrollar el Programa Ciudadano de Oro, pues se busca siempre dignificar a este grupo poblacional y facilitar el acceso a descuentos comerciales y subsidios en transporte para aumentar su capacidad de compra y coadyuvar en su situación económica y trato digno.

El Programa Ciudadano de Oro desde sus inicios ofrece actividades gratuitas de capacitación en todo el territorio nacional, solo en el 2018, impartió 1376 cursos y talleres para fomentar la recreación, la cultura y la utilización sana del tiempo libre. (23,222 beneficiarios) y ha logrado que cerca de 2000 establecimientos comerciales que están al día con sus obligaciones con la Caja, ofrezcan descuentos en las compras que realizan estas personas.

Actualmente el programa cuenta con los recursos físicos y materiales a través de fondo de Prestaciones Sociales para atender las funciones de entrega de tarjetas, búsqueda de descuentos comerciales, contratación de cursos y talleres, realización de encuentros y festivales, así como promover la atención oportuna y respetuosa a través de campañas publicitarias.

El Banco Central de Costa Rica a través de su Dirección de Sistemas de Pago, que tiene la experiencia del desarrollo del Sistema SINPE, se encuentra elaborando un Sistema de pagos que permitirá modernizar los pagos de todas las personas, pero ha querido comenzar con el carné del ciudadano de oro para concentrar los beneficios económicos de la persona Adulta Mayor en un solo documento. Para este fin, ha propuesto una alianza con la Caja que podría traducirse en mayor bienestar, independencia y autonomía de la persona adulta mayor.

1.1. Contenido:

Objetivos:

- 1. Dignificar a las personas adultas mayores y modernizar el medio que utilizan para los pagos que realizan en la actualidad.*
- 2. Concentrar en un solo documento “el Carné del Ciudadano de Oro”, el mayor número de transacciones para agilizar los servicios que se otorgan a ese grupo de la población, todo en aras de que no se vean afectados en el trato que merecen estas personas.*

Alcance:

Personas mayores de 65 años.

Marco Legal:

El Carné de Ciudadano de Oro tiene su respaldo normativo en el acuerdo de Junta Directiva con el que se aprobó el Programa Ciudadano de Oro (sesión N°7116 del 08 de abril de 1997). Además, se cuenta con el Dictamen de la Dirección Jurídica DJ.4553-2006, artículo 3° de la sesión #1454-06 del 11 de junio de 2006, con el que se

da respuesta a consulta de la posibilidad de que la Caja siga otorgando el carné, luego de la ley 8500, que menciona únicamente a la cedula de identidad. Al respecto se indicó que la Caja puede hacerlo. pues es un asunto de orden administrativo que debe resolverse con criterios de oportunidad y conveniencia.

Diagnóstico:

Analizada la situación de vulnerabilidad que enfrentan los adultos mayores en el país, por su situación económica de falta de ingresos suficientes que les permita tener acceso a la recreación, el ocio y la cultura, así como tomando en consideración que, aunque se logró en el pasado que viajen gratis y con descuentos en el transporte público de autobús, persiste el maltrato a muchos de ellos, lo que ocasiona que sus facultades se vean limitadas. Ante este panorama, la Caja como Institución impulsora de otorgamiento de beneficios a esta población, debe promover las acciones necesarias para que no se ignoren las necesidades de autonomía, auto-realización, cuidado e independencia, que promueve la ONU para estas personas. Por lo tanto, esta iniciativa de una nueva tarjeta, permite concentrar en un solo documento todos los pagos y transacciones del adulto mayor y les facilita el acceso al transporte y los descuentos en el comercio, entre otros beneficios, lo cual representa una oportunidad para seguir contribuyendo con este sector tan importante de la población.

Aunado a lo anterior, esta iniciativa permite disminuir los costos institucionales de entrega de tarjetas y búsqueda de descuentos comerciales.

(...)

Conclusiones

Una nueva tarjeta como medio de pago, promovida por el Banco Central de Costa Rica y la Caja Costarricense de Seguro Social, con el apoyo de todo el Sistema Bancario Nacional, representa un aporte a la persona Adulta Mayor porque facilita y concreta muchos de los beneficios del Programa Ciudadano de Oro y contribuye significativamente a su dignificación; como se resume a continuación:

- 1. Evita el maltrato en el transporte público por tratarse de una tarjeta bajo el Sistema “sin contacto o contactless” y busca modernizar el transporte público a partir de esta población.*
- 2. Mejora los descuentos comerciales (Ahorros mensuales para el Adulto mayor).*
- 3. Facilita todo tipo de pagos e incluso la posibilidad de tramitar la firma digital gratuita (Convenio).*
- 4. Para el Banco Central de Costa Rica representa la oportunidad de coadyuvar con la Caja, no solo para dignificar al Adulto Mayor, sino para continuar con la línea de desarrollo de proyectos vanguardistas en la agilización de pagos.*
- 5. Para la Caja representa un relanzamiento del programa y con ello una oportunidad de mejora de la imagen Institucional, al seguir contribuyendo al bienestar los adultos mayores, ahora en alianza con el BCCR, el Sistema Bancario Nacional y los Transportistas.*
- 6. Para el Programa Ciudadano de Oro, representa también una oportunidad de crecimiento y desarrollo al no tener que comprar y entregar las tarjetas y al no tener que*

buscar nuevos descuentos en el comercio, para que este grupo de la población mejore su capacidad de compra, pues al pasar estas funciones a los bancos se reducen los costos institucionales y se abre la posibilidad de dedicar personal al desarrollo de nuevos beneficios, como el Turismo Social, tan importante para la recreación del adulto mayor y tan significativo en momentos en que se requiere reactivar la economía.

- 7. La nueva tarjeta representa una mejora a la actual, porque incluye una identificación fotográfica del usuario, aditamentos como la tecnología sin contacto y desde el punto de vista de diseño, siempre llevaría el logotipo de Programa Ciudadano de Oro de la Caja, que da la idea de luz como conocimiento y experiencia, con el sol como vida y el logo de la Caja por medio de la madre y de niño. El círculo es Unidad y Fuerza.*

Recomendaciones.

- 1. Establecer un convenio con el Banco Central de Costa Rica para modernizar la tarjeta ciudadano de oro.*
- 2. Acompañar al Banco Central de Costa Rica en esta iniciativa porque el nuevo carné viene a concretar los objetivos iniciales del Programa Ciudadano de Oro.*
- 3. Coadyuvar en la campaña de comunicación de esta iniciativa con los recursos existentes para publicidad con que cuenta la Dirección de Prestaciones Sociales para beneficiar a la persona Adulta Mayor.*
- 4. Acompañar al BCCR en reunión con Gerentes Generales de los diferentes Bancos del sistema costarricense (Banco Nacional / Banco de Costa Rica / BAC / Banco Popular, entre otros), para efectos de los descuentos comerciales a los Adultos Mayores. También asistir a reuniones con diferentes Cámaras (Transportes, Turismo, y la de Comercio, para solicitar apoyo a esta iniciativa).*
- 5. Solicitar a la Ministra de Hacienda un trato preferencial para los pagos con descuentos a los Adultos Mayores en Comercios.*
- 6. Elaborar un convenio con el Banco Central para la emisión sin costo de la Firma Digital para los Adultos Mayores que así lo soliciten... ”.*

Por tanto, habiéndose realizado la presentación pertinente y de conformidad con lo expuesto por el Gerente de Pensiones en nota N° GP-7470-2019, de fecha 11 de octubre de 2019, referente al Proyecto BCCR-CCSS “La nueva tarjeta para el Ciudadano de Oro” presentado por la Dirección de Prestaciones Sociales de la Gerencia de Pensiones y la División de Sistemas de Pagos del BCCR, amparados al artículo 3 de la Ley Constitutiva de la Caja Costarricense de Seguro Social, el artículo 9 del Reglamento de Prestaciones Sociales y el criterio legal D.J. 4553-2006, sobre la continuación de entrega del carné de Ciudadano de Oro, y con base en la recomendación del señor Gerente de Pensiones y el Gerente General en su oficio N° GG-1882-2019, la Junta Directiva -por unanimidad-
ACUERDA:

ACUERDO PRIMERO: Instruir a la Gerencia de Pensiones y a la Dirección de Prestaciones Sociales para que efectúen un Convenio con el Banco Central de Costa Rica con el fin de modernizar la tarjeta del Ciudadano de Oro, con el mismo diseño en cuanto a color, tamaño y logo del Programa Ciudadano de Oro, pero incluyendo la fotografía del tarjetahabiente, tecnología sin contacto y otras aplicaciones, para que se concreten los servicios y beneficios del Programa Ciudadano de Oro. Y que la misma sea entregada por el Sistema Bancario Nacional sin costo alguno para esta población.

2)

Imagenología y radiología

La radiología es una rama de la medicina que utiliza la tecnología imagenológica para diagnosticar y tratar una enfermedad. Se puede dividir en dos áreas diferentes: radiología diagnóstica y radiología intervencionista.

Imagenología digital es cualquier proceso de adquisición de imágenes médicas que produzca una imagen electrónica que puede ser vista y manipulada en una computadora.



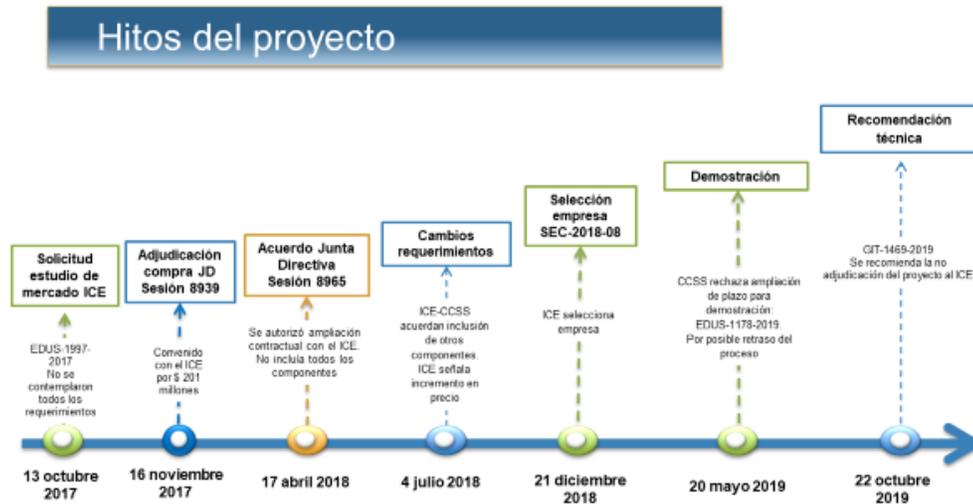
3)

Ley 9162 Expediente Digital Único de Salud

Artículo 5

l) Requerimientos para la prestación de servicios de salud: el expediente digital deberá atender los objetivos funcionales y las funcionalidades que requieren los servicios de salud en los tres niveles de atención, **incluyendo soluciones informáticas** para la implementación de la receta electrónica, la gestión telemática de citas y la **imagenología digital**, sistema de interconsulta y referencia y contrarreferencia

4)



5)

Importancia del proyecto: Utilización del trabajo de un experto NIA 620



- Digitalización
- Interpretación de datos remotamente
- Aprovechamiento jornadas de producción
- Expedientes en línea
- Ahorro de insumos
- Reduce el impacto ambiental
- Posible disminución de listas de espera
- Ahorros de \$22 millones en 5 años

- Audio 1
- Audio 2
- Audio 3

5

6)

MODIFICACIÓN CONTRACTUAL, ARTÍCULO 208



7)

Comparación objeto contractual Contrato 2017000119 y ampliación

Contrato original	Ampliación
<p>Objetivo:</p> <p>El presente contrato tiene por objeto brindar a la CAJA el servicio administrado de comunicación de datos, mediante una red LAN/WLAN para 29 campus hospitalarios propiedad del Cliente, bajo la modalidad de entrega según demanda. Contando para ello con la participación del Empresario Comercial, quien aporta elementos complementarios que en combinación con los servicios que brinda el ICE, sin que exista traspaso de propiedad de ningún bien entre las partes. Dicho servicio se brindará en los sitios que le Cliente disponga, conforme el Plan General de Implementación, lo anterior de acuerdo a lo establecido en la oferta presentada por el ICE y sus respectivas aclaraciones.</p>	<p>Objetivo:</p> <p>Dotar a la CCSS de una solución integral para la gestión digital de imágenes médicas a nivel institucional, que permita mejorar el tiempo de respuesta, el diagnóstico y la calidad de la atención de pacientes; agregando valor al Expediente Digital Único en Salud mediante el uso óptimo de la tecnología y facilitando el proceso de toma de decisiones.</p>

8)

Naturaleza del objeto contractual

“como en efecto ocurre siendo que el trasiego de información ahora referirá de igual manera al trasiego de imágenes médicas”. EDUS-2284-2018.



9)

Imprevisibilidad

“(…) se reconoce también la existencia de circunstancias imprevisibles en el momento de iniciarse el procedimiento de contratación, percibida esta como un evento que no pudo ser avisado o considerado por la institución, al momento de llevar a cabo el procedimiento respectivo”. DCA-2936

CGR

- Plan de Proyecto 2018 actualizado en abril 2018
- Estudio Preliminar y Factibilidad, elaborado noviembre 2017.
- Estudio de Mercado y análisis Costo - Beneficio noviembre 2017 y actualizado en abril 2018. EDUS-2284-2018



10)

50% monto del contrato

“(…) requisito cuyo cumplimiento ha sido demostrado al alcanzar la modificación un 14.71% del contrato original”. EDUS-2284-2018

“(…) atendiendo a la naturaleza propia de los contratos de entrega según demanda, el parámetro que mejor se ajusta a sus características y cuya aplicación permite mantener la filosofía de ese particular tipo de contratos, se encuentra en aplicar el 50% sobre el plazo y no sobre el monto efectivamente ejecutado en el contrato original”. DCA-0578.

111,5
meses



11)

MODIFICACIÓN CONTRACTUAL, ARTÍCULO 208



12)

PRINCIPIOS APLICABLES

Eficiencia: Debe seleccionarse la oferta que signifique una mayor ventaja para ese interés público.

Eficacia: las compras públicas deben estar orientadas al cumplimiento de los fines que cada entidad o administración tenga.

Buena Fe: Las actuaciones tanto de la administración como de los participantes del concurso, son realizadas de buena fe.

Conservación de la oferta: Las actuaciones de las partes se interpretarán en forma tal que se permita conservarlas.

13)

SOLUCIÓN DE IMÁGENES

PACS: Sistema de almacenamiento y comunicaciones de imágenes (Picture Archiving and Communications Systems): solución de almacenamiento de imágenes DICOM para el post-proceso y visualización de imágenes tomadas, requeridas para el diagnóstico y reporte clínico.

RIS: Sistema de información radiológica (Radiology Information Systems): solución de administración de los servicios de radiología, agendamiento, control de recursos, estadística y reporte.

VNA: archivo de vendedor neutral (Vendor Neutral Archiving): solución centralizada de almacenamiento de imágenes médicas DICOM y No DICOM, así como los reportes y otra información relacionada con el paciente en su formato nativo de acceso ilimitado.

Post proceso: Herramientas para brindar facilidades a los radiólogos en la realización de diagnósticos. Software que revisa, procesa, analiza imágenes reconstruidas en 2D/3D.

14)

Propuesta ICE

ICE presentó propuesta técnico comercial en febrero 2019

Habilitar en la CCSS una solución que permita adoptar una estrategia institucional enfocada en proveer acceso electrónico a cualquier imagen médica, en cualquier momento y lugar requerido, por cualquier persona autorizada bajo un esquema de roles y permisos, a través de todos los sistemas que intervienen en el proceso de atención, de forma que el intercambio de imágenes sea realmente interoperable y accesible en tiempo real en cualquier navegador sin necesidad de realizar cargas, instalar software adicional o realizar movimientos innecesarios de datos.

15)

Componentes ofrecidos por el ICE

- Plataforma de gestión de imágenes
- Infraestructura de Hardware y Software para soportar la solución
- Integración de sistemas
- Monitoreo
- Mesa de ayuda
- Soporte y Mantenimiento
- Gestión de cambio y transferencia del conocimiento.

Se consume por estudio bajo demanda, pagadero mensualmente según el informe por mes calendario de la cantidad de estudios de todos los centros de salud en operación.

16)

Cambio de condiciones en las especificaciones.

Adiciones y aclaraciones posterior al criterio técnico no desarrolladas

17)



Proyecto Redimed

Ingresa al salón de sesiones el director Loría Chaves

Por tanto, en cumplimiento con lo solicitado a la Auditoría Interna en la sesión N° 9059, referente al Proyecto Red Institucional de Imágenes Médicas (ReDIMed) y deliberadas algunas sugerencias con relación al proyecto, además considerando las observaciones de la Junta Directiva en la sesión N° 9059 y en la presente sesión, la Junta Directiva -en forma unánime- **ACUERDA**: modificar el acuerdo adoptado en el artículo 4° de esta sesión, para que se lea de la siguiente manera:

Instruir al Comité Estratégico del EDUS, presentar la propuesta definitiva y completa con respecto al proyecto ReDIMed, y las acciones a seguir para cumplir con la Ley N.° 9162, el próximo jueves 14 de noviembre del presente año.

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

Se retiran del salón de sesiones el Lic. Alexander Nájera Prado, Jefe, Servicios Administrativos, Ing. Idannia Mata Serrano, Asistentes Auditoría, Lic. Ronny Villalobos Hidalgo, Asesor Legal, Auditoría Interna.

Ingresa al salón de sesiones el licenciado Andrey Sánchez, la licenciada Ivonne Ruiz Barquero, Asesora Gerencia Financiera, el Master José Ángel Castro, Ing. Susan Peraza Solano, Directora, Dirección de Planificación Institucional.

ARTICULO 8°

Se presenta el informe de resultados del taller: *La caja del futuro, más salud, mejores servicios y menores costos, aprobación de la Valuación Actuarial del Seguro de Salud*, según los oficios que se detallan a continuación:

- a) N° GF-5387-2019, de fecha 22 de octubre de 2019, firmado por el licenciado Calderón Villalobos, Gerente a.i. Financiero, y que contiene el informe de avance sobre la implementación de la Política de Sostenibilidad del Seguro de Salud.
 - b) N° GG-1926-2019, de fecha 30 de octubre de 2019, que firma el doctor Cervantes Barrantes, Gerente General, y refiere a las acciones propuestas para la sostenibilidad del Seguro de Salud.
- D) Se conoce el oficio N° GF-5387-2019, de fecha 22 de octubre de 2019, firmado por el licenciado Calderón Villalobos, Gerente a.i. Financiero que, en adelante se transcribe, y que contiene el informe de avance sobre la implementación de la Política de Sostenibilidad del Seguro de Salud.

“Como complemento al oficio número GF-5224-2019 mediante el cual se atiende solicitud de su estimable Gerencia, N° GG-1800-2019, sobre artículo 36 de Sesión de Junta Directiva N°9057, se adjunta el *“Informe de avance sobre la implementación de la Política de Sostenibilidad del Seguro de Salud”*”.

Cabe destacar que dicho Informe fue presentado en sesión de Junta Directiva número 9058 celebrada el 17 de octubre de 2019, en el espacio correspondiente al Taller para revisar los

resultados de la Valuación Actuarial del Seguro de Salud. Asimismo, con dicho informe se atiende el artículo 5, acuerdos III y IV de la Sesión de Junta Directiva N° 8991, así como el artículo 5 de la Sesión 8978, ambos relativos a la sostenibilidad del Seguro de Salud.

En el citado informe se presenta la metodología de construcción de los indicadores y metas que responden a los diferentes lineamientos de la Política de Sostenibilidad del Seguro de Salud, en este primer ejercicio, como parte del resultado obtenido se logró alcanzar un 90% de la vinculación de los lineamientos priorizados, por medio de 41 metas propuestas.

Del análisis de las metas relacionadas con los lineamientos vinculados, se destaca la realización de una valoración con base en criterio experto, sobre el impacto de las diferentes iniciativas bajo la óptica de la triple meta de más salud, mejores servicios y menor costo establecida en la Política de Sostenibilidad del Seguro de Salud.

Así las cosas, se remite el citado informe para que sea de conocimiento de los miembros de Junta Directiva y sirva de insumo para el análisis y desarrollo de la sesión extraordinaria convocada para el próximo viernes 25 de octubre 2019, principalmente por cuanto se adjunta el detalle de la labor realizada por las gerencias e instancias técnicas, así como un listado de indicadores y metas concretas con responsables, plazos, fechas y acciones específicas dirigidas hacia la Sostenibilidad del Seguro de Salud.

Con el fin de orientar las acciones que se deriven del proceso de análisis de acciones de la sostenibilidad del Seguro de Salud, así como aquellas que surjan en el taller que se realizará en la sesión de Junta Directiva, se propone valorar como propuesta, los siguientes acuerdos de Junta Directiva :

Acuerdo Primero: Dar por recibido el informe de avance de la Política de Sostenibilidad del Seguro de Salud, presentado en la sesión de Junta Directiva número 9058 celebrada el 17 de octubre de 2019.

Acuerdo segundo: Dar por atendido el acuerdo segundo del artículo 5 de la sesión 8978, celebrada el 19 de julio 2018, donde se conoció la Valuación Actuarial del Seguro de Salud del 2015, los acuerdos tercero y cuarto de la sesión 8991 del 24 de setiembre de 2018 relacionados con la aprobación del plan de implementación de la Política de Sostenibilidad del Seguro de Salud, así como el acuerdo adoptado en la Sesión N° 9057, del artículo 36°, en la cual se solicitó a las gerencias presentar acciones para atender los escenarios expuestos en la Valuación Actuarial del Seguro de Salud del 2017.

Acuerdo tercero: Crear una Comisión Institucional para la conducción y seguimiento de la Política de Sostenibilidad del Seguro de Salud, así como de las acciones priorizadas en la presente sesión de trabajo, la cual será liderada por la Gerencia Financiera con el apoyo de la Gerencia General, conformada de la siguiente forma:

Lic. José Ángel Castro Granados, representante de la Gerencia General.

1. Ing. Luis Fernando Porras Meléndez, Gerente de Logística.
2. Licda. Ivonne Ruiz Barquero, representante de la Gerencia Financiera.
3. Lic. Andrey Sánchez Duarte, representante de la Gerencia Financiera.

4. Dra. Yerly Alvarado Padilla, representante de la Gerencia Médica.
5. Lic. Jason Calvo Rojas, representante de la Gerencia Médica.

Asimismo, se encargue a la Dirección Actuarial y Económica brindar el apoyo a la citada comisión para valorar los impactos de las principales acciones propuestas en términos de la valuación actuarial y/o mediante estudios específicos, según se considere pertinente. Y en el caso de la Dirección de Planificación Institucional se instruye brindar el apoyo correspondiente para que las propuestas e iniciativas se incluyan para su seguimiento en los instrumentos de planificación institucional.”

- II) **Así también**, el oficio N° GG-1926-2019, de fecha 30 de octubre de 2019, que firma el doctor Cervantes Barrantes, Gerente General, que en lo conducente, en adelante se transcribe, y refiere a las acciones propuestas para la sostenibilidad del Seguro de Salud:

“La Junta Directiva en la sesión 9057 (9067 sic), del 10 (11sic) de octubre de 2019, conoció los resultados de la Valuación Actuarial 2017 e instruyó a esta Gerencia General lo siguiente:

“(…) ACUERDA: instruir a la Gerencia General para que remita el estudio preliminar Valuación Actuarial Seguro de Salud, 2017, al cuerpo gerencial, con el fin de que este equipo elabore propuestas de trabajo alineadas con el Plan Estratégico Institucional(2019-2022) recientemente aprobado, que identifiquen las acciones concretas que se deben implementar a nivel institucional para mejorar la gestión de ingresos y gastos, en función de la sostenibilidad financiera del Seguro de Salud, y presentarlo en las sesiones del jueves 17 y viernes 18 de octubre (...)”

En respuesta a este acuerdo, en sesión de Junta Directiva N°9058 del 17 de octubre 2019, se presentó la Política de Sostenibilidad del Seguro de Salud, el Informe de avance de su implementación (oficio GF-5387-2019, del 22 de octubre, 2019) y las principales acciones propuestas por las Gerencias Financiera y Médica, quedando pendiente la presentación de las demás gerencias para la próxima sesión.

En el proceso de presentación de las propuestas de sostenibilidad, surgió la necesidad de incluir otros actores del nivel regional y local para hacer un ejercicio de priorización de las actividades que se deben ejecutar, por esta razón en fecha 25 de octubre de 2019, la Gerencia General procedió a gestionar el taller denominado la Caja del Futuro: más salud, mejores servicios y menores costos, cuyos resultados se presentan en el informe adjunto.

Como parte de los insumos, se consideró, entre otros documentos, la Valuación Actuarial 2017, la cual muestra diferentes escenarios de suficiencia de los recursos para financiar la prestación de los servicios de salud, que denotan la existencia de un margen de acción importante para trabajar en acciones dirigidas a contribuir en la Sostenibilidad del Seguro de Salud.

Al respecto, se debe destacar, que la Presidencia Ejecutiva y las Gerencias han venido trabajando en acciones para el abordaje de la sostenibilidad del Seguro de Salud,

incorporando metas, e indicadores en la planificación táctica y operativa, asimismo, han surgido iniciativas que se consideran de alto impacto y hacen prever que dichos ejercicios pueden mejorarse en forma progresiva, lo cual es una oportunidad para enfrentar los retos futuros del envejecimiento poblacional, el cambio del perfil epidemiológico y la transición tecnológica, así como aquellos relacionados con financiamiento y los resultados de la Valuación Actuarial del Seguro de Salud.

De conformidad con lo anterior, esta gerencia propone para la valoración de la Junta Directiva los siguientes acuerdos:

Acuerdo Primero: Dar por recibido los informes de avance de la Política de Sostenibilidad del Seguro de Salud, presentado en la sesión de Junta Directiva número 9058 celebrada el 17 de octubre de 2019, así como el informe de las acciones prioritarias para impactar la sostenibilidad del Seguro de Salud, desde la triple meta de más salud, mejores servicios y menores costos.

Acuerdo segundo: Dar por atendido el acuerdo segundo del artículo 5 de la sesión 8978, celebrada el 19 de julio 2018, sobre la definición de la ruta de sostenibilidad, los acuerdos tercero y cuarto de la sesión 8991 del 24 de setiembre de 2018 relacionados con la aprobación del plan de implementación de la Política de Sostenibilidad del Seguro de Salud, así como el acuerdo adoptado en la Sesión N° 9057, del artículo 36°, en la cual se solicitó a las gerencias presentar acciones para la sostenibilidad conforme la Valuación Actuarial del Seguro de Salud del 2017.

Acuerdo tercero: Instruir a la Presidencia Ejecutiva, la Gerencia General y la Gerencia Financiera, quien deberá continuar con la coordinación, con el apoyo de la Dirección de Planificación Institucional y las demás gerencias, para que en tres meses definan y revisen los indicadores, metas retadoras, plazos y responsables para las 15 acciones priorizadas en el presente informe, las cuales tendrán que alinearse con el Plan Estratégico Institucional y la Política de Sostenibilidad del Seguro de Salud.

En línea con lo anterior, se debe analizar las acciones previamente definidas en los planes institucionales vinculadas a la Política de Sostenibilidad del Seguro de Salud, para validar si lo propuesto por cada Gerencia responde adecuadamente a los retos en esta materia y en los casos pertinentes ajustar conforme las posibilidades y priorización de las actividades.

Acuerdo cuarto: Instruir a la Gerencia General en conjunto con Dirección de Comunicación Organizacional establecer una estrategia de comunicación de las acciones propuestas para el abordaje de la sostenibilidad del Seguro de Salud, conforme los resultados de la Valuación Actuarial 2017.”

La presentación está a cargo del Msc. José Castro, con base en las siguientes láminas:

1)

Acciones prioritarias para impactar la sostenibilidad del Seguro de Salud, desde la triple meta de más salud, mejores servicios y menores costos



GERENCIA GENERAL

Octubre, 2019

2)



CONTENIDO

- Antecedentes
- Principales resultados de encuesta de percepción
- Resultado de las acciones priorizadas para la sostenibilidad del Seguro de Salud
- Consideraciones y pasos a seguir
- Propuesta de acuerdos

3)



ANTECEDENTES

1 Sesión N° 9057
Art.36° 10/10/2019

Se conoció la Valuación Actuarial del Seguro de Salud con corte al año 2017 e instruyó a la Gerencia General remitir dicho estudio preliminar al cuerpo gerencial, para que se elaboren propuestas de acciones concretas en función de la sostenibilidad del Seguro de Salud.

2 Sesión N° 9058
17/10/2019

Se presentó la Política de Sostenibilidad del Seguro de Salud, el Informe de avance de su implementación y las principales acciones propuestas por las Gerencias Financiera y Médica, quedando pendiente la presentación de las demás gerencias para la próxima sesión.

3 Taller La Caja del Futuro
25/10/2019

Se realizó el Taller la Caja del Futuro: más salud, mejores servicios y menores costos, cuyos resultados se presentan en este informe.

4)

Resultados del Taller

La Caja del Futuro

Más salud, mejores servicios y menor costo

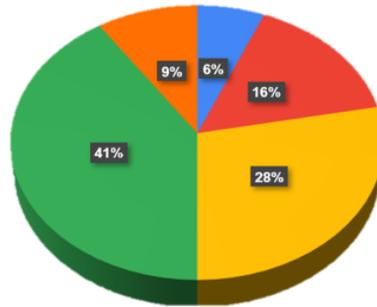


5)



DICTAMEN TÉCNICO- RESULTADOS DE LA ENCUESTA

Cuál factor incide más fuerte y negativamente en las finanzas de la CCSS



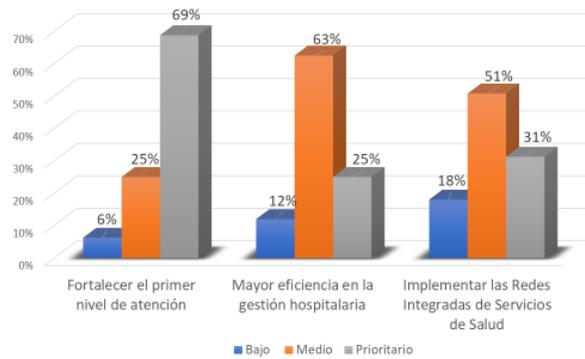
- Costos de la atención de personas migrantes no contribuyentes a la seguridad social.
- Costos generados por la atención de pacientes cubiertos parcialmente por el Seguro Obligatorio de Automóviles (SOA).
- Evasión y elusión de las contribuciones sociales de patronos y trabajadores independientes.
- Monto de la deuda acumulada del Estado con la CCSS.
- Morosidad de patronos y trabajadores independientes.

6)



DICTAMEN TÉCNICO- RESULTADOS DE LA ENCUESTA

Acciones de gestión de recursos con mayor impacto en la sostenibilidad del Seguro



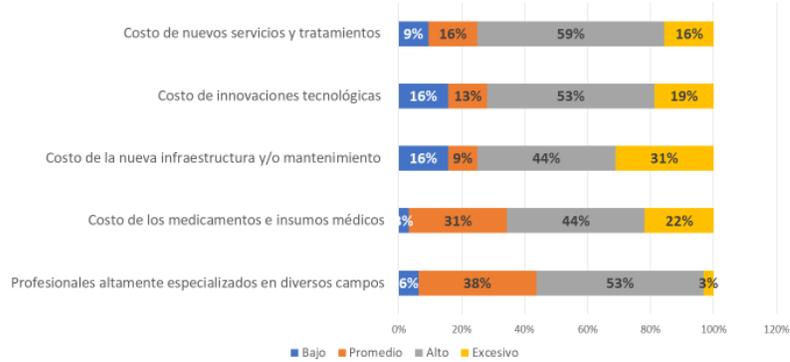
+

7)



DICTAMEN TÉCNICO-
RESULTADOS DE LA ENCUESTA

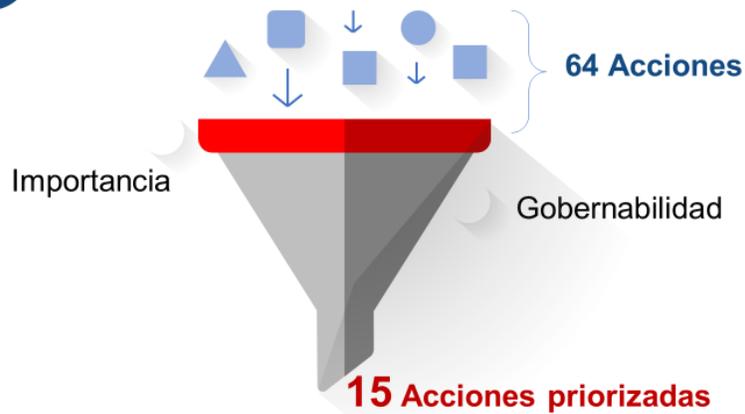
Valoración de factores que más comprometen la situación financiera del Seguro de Salud



8)



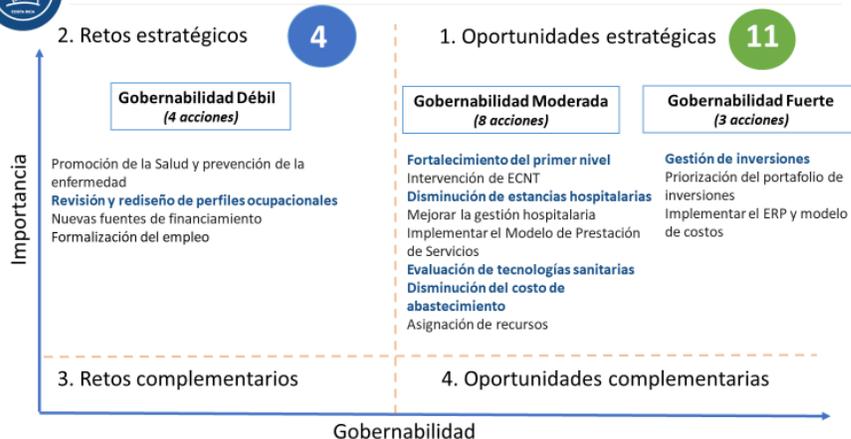
DICTAMEN TÉCNICO-
ACCIONES PRIORIZADAS



9)



DICTAMEN TÉCNICO-
ACCIONES PRIORIZADAS



10)



**DICTAMEN TÉCNICO-
NUEVAS ACCIONES**

A



Perfiles ocupacionales

B



Fortalecimiento del primer nivel

A

- Revisión y rediseño de perfiles ocupacionales para el mayor aprovechamiento de las capacidades y el mejoramiento de los servicios de cara al usuario
- Ejemplo: Que las enfermeras clasifiquen los pacientes en los servicios de emergencias

B

- Creación de 1500 plazas en unidades prioritarias
- Impulsar el desarrollo de segundos turnos en sustitución del tiempo extraordinario
- Crear 200 EBAIS, 140 utilizando infraestructura existente
- Fortalecer el sistema de referencias y contrarreferencias.

C

- Gestión de camas
- Nuevas tecnologías costo - efectivas
- Traslado de estancias a centros de menor costo
- Hospitalización domiciliar y hospital de día
- Avances en métodos terapéuticos y diagnósticos
- Gestión de casos de abandono (sociales)

C



Reducción de estancias hospitalarias

11)



**DICTAMEN TÉCNICO-
NUEVAS ACCIONES**

D



Disminución del costo de abastecimiento

E



Gestión de inversiones

D

- Compras consolidadas
- Otras modalidades de contratación (subasta a la baja, compras internacionales.)
- Uso de capacidad instalada de proveedores

E

- Aplicar la ingeniería de valor en los proyectos de infraestructura mediante la estandarización, prototipos y optimización espacial
- Mejorar la gestión y priorización del portafolio de inversiones, a través del fortalecimiento de los procesos de formulación y evaluación de proyectos.

F

Determinar la procedencia de adoptar tecnologías en salud, con base en evidencia y con criterios de objetividad e independencia.
Modelo de gobernanza de la ETS
Plan de Implementación de la ETS

F



Evaluación de tecnologías sanitarias

12)



CONSIDERACIONES

1 **Capacidad de anticipar:** La Valuación actuarial del Seguro de Salud muestra diferentes escenarios sobre la suficiencia de los recursos para financiar la prestación de los servicios de salud, que denotan la existencia de un margen importante de acción institucional para concretizar acciones dirigidas a contribuir a la sostenibilidad de este Seguro

2 **Concretizar** las siguientes iniciativas: fortalecimiento del Primer Nivel de Atención, reducción de la estancia hospitalaria, implementación de la Evaluación de Tecnologías Sanitarias, análisis y rediseño de puestos clave, disminución del costo de abastecimiento, implementación del modelo de atención, proceso de inversiones estratégicas y priorización de infraestructura clave, ERP y modelo de costos automatizado.

3 **Proceso de maduración:** se requiere que la Gerencia Financiera, en estrecha coordinación con la Gerencia General, Presidencia Ejecutiva, la Dirección de Planificación Institucional y las demás gerencias, definan indicadores, metas, plazos y responsables en alineamiento con el Plan Estratégico Institucional y la Política de Sostenibilidad del Seguro de Salud.

13)



14)

PROPUESTA DE ACUERDO

ACUERDO PRIMERO

Dar por recibido el Informe de avance de la Política de Sostenibilidad del Seguro de Salud, presentado en la sesión de Junta Directiva número 9058 celebrada el 17 de octubre de 2019, así como el Informe de las acciones prioritarias para impactar la sostenibilidad del Seguro de Salud, desde la triple meta de más salud, mejores servicios y menores costos.

ACUERDO SEGUNDO

Dar por atendido el acuerdo segundo del artículo 5 de la sesión 8978, celebrada el 19 de julio 2018, sobre la definición de la ruta de sostenibilidad, los acuerdos tercero y cuarto de la sesión 8991 del 24 de setiembre de 2018 relacionados con la aprobación del plan de implementación de la Política de Sostenibilidad del Seguro de Salud, así como el acuerdo adoptado en la Sesión N° 9057, del artículo 36°, en la cual se solicitó a las gerencias presentar acciones para la sostenibilidad conforme la Valuación Actuarial del Seguro de Salud del 2017

15)

PROPUESTA DE ACUERDO

ACUERDO TERCERO

Instruir a la Gerencia Financiera en coordinación con la Gerencia General y el apoyo de la Dirección de Planificación Institucional y las demás gerencias, para que en tres meses presente un informe a la Junta Directiva definan y revisen los indicadores, metas, plazos y responsables para las 15 acciones priorizadas en el presente informe, las cuales tendrán que alinearse con el Plan Estratégico Institucional y la Política de Sostenibilidad del Seguro de Salud.

En línea con lo anterior, analizar las acciones previamente definidas en los planes institucionales vinculadas a la Política de Sostenibilidad del Seguro de Salud, para validar si lo propuesto por cada Gerencia responde adecuadamente a los retos en esta materia y en los casos pertinentes ajustar conforme a las posibilidades y la priorización de las actividades.

ACUERDO CUARTO

Instruir a la Gerencia General para que en conjunto con Dirección de Comunicación Organizacional establezcan una estrategia de comunicación de las acciones propuestas para el abordaje de la sostenibilidad del Seguro de Salud y en consideración de los resultados de la Valuación Actuarial 2017.

ACUERDO QUINTO

Posterior a la presentación del informe descrito en el acuerdo tercero, instruir a la Dirección Actuarial y Económica para que presente en el plazo de tres meses a esta Junta Directiva un modelo que permita proyectar el impacto de las medidas prioritarias en el balance de ingresos y gastos del Seguro de Salud.

16)



PROPUESTA DE ACUERDO

ACUERDO SEXTO

Teniendo presente los resultados de la Valuación Actuarial expuesto por la Dirección Actuarial y Económica, así como considerando las propuestas de acciones realizadas por las Gerencias para contribuir a la Sostenibilidad del Seguro de Salud, se acuerda:

1. Aprobar el estudio "Valuación Actuarial del Seguro de Salud, 2017", para la atención del hito 2 del indicador 7, del "Programa por resultados del Banco Mundial" y continuar con los trámites que corresponda para la verificación del hito.
2. Que la "Valuación Actuarial del Seguro de Salud, 2017" sea comunicada a las gerencias de la Institución de acuerdo con la "Directriz para la Gestión de los Riesgos identificados mediante las valuaciones actuariales", en atención a la disposición 4.10 del Informe de la Contraloría, DFOE-SOC-IF-10-2015.
3. Que se publiquen los resultados de la "Valuación Actuarial del Seguro de Salud, 2017" en la página Web de la Dirección Actuarial y Económica, en atención a lo solicitado en el hito 2 del indicador 7, del "Programa por resultados del Banco Mundial".
4. Se instruye a la Gerencia General para que implemente las recomendaciones de Valuación Actuarial 2017 que son coincidentes con el ejercicio de priorización realizado en el taller denominado la Caja del Futuro, conforme los términos del acuerdo tercero.

Directora Abarca Jiménez:

Buenas tardes, bienvenidos. Seguimos adelante con la Junta, seguimos con las acciones prioritarias para impactar la sostenibilidad del Seguro de Salud de acuerdo con el estudio actuarial del Seguro de Salud.

MSc. José Castro:

Después de un proceso que ha dado inicio desde hace algún tiempo y que ustedes impulsaron una vez conocido el estudio actuarial, donde ponen evidencia un contexto, digamos un tanto restrictivo a futuro, un escenario (...) donde supone que si no hacemos acciones vamos a tener solo al menos algún espacio de tiempo para poder reaccionar y tomar decisiones a tiempo para vernos comprometidos acerca de los beneficios que el Seguro de Salud está ofreciendo a la población costarricense en el país y los costos actuales y futuros, aquí es importante, solo para introducir y ya los compañeros van a hacer la presentación que después de haber hecho todo un proceso para poder presentar los resultados de los talleres y de las diferentes actividades que se hicieron es complaciente para nosotros ver que las acciones que tienen mayor impacto en los costos en el tema de la sostenibilidad de la Caja son factores de los cuales la Caja tiene bastante posibilidad de trabajo, esto desde el punto de vista de planificación es fabuloso, sería catastrófico que algunos factores de los que tienen mucho impacto nosotros no tengamos control absoluto, pero como se ha demostrado en los mismos estudios y también como lo vamos a plantear ahorita las acciones que se están planteando desde el punto de vista de impacto, también se tiene la gobernabilidad suficiente para poder pensar en un escenario distinto al escenario tendencial que ya ha presentado la Dirección Actuarial. Entonces vamos a presentar los antecedentes, los principales resultados de una encuesta que se realizó como complemento al taller, los resultados de las acciones que se priorizaron en el taller, consideraciones y los pasos a seguir. Qué sigue ahora que esto es bien importante, una vez que presentemos qué sigue y esto quisiéramos que quede lo más claro posible y las propuestas de los (...). Voy a permitir entonces que el compañero Andrey Sánchez sea el que presente todos los resultados.

Continúa con la presentación el Lic. Sánchez Duarte, con el apoyo de las siguientes láminas:

1)



PROPUESTA DE ACUERDO

Con base en el informe y resultados de la Valuación Actuarial del Seguro de Salud, elaborada por la Dirección Actuarial y Económica, se proponen los siguientes acuerdos:



ACUERDO PRIMERO

Aprobar el estudio "Valuación Actuarial del Seguro de Salud, 2017", para la atención del hito 2 del indicador 7, del "Programa por resultados del Banco Mundial" y continuar con los trámites que corresponda para la verificación del hito.

ACUERDO SEGUNDO

Aprobar las recomendaciones de la "Valuación Actuarial del Seguro de Salud, 2017" e instruir a las distintas Gerencias y Direcciones de la Institución, para su aplicación.

2)



PROPUESTA DE ACUERDO

ACUERDO TERCERO

Que la "Valuación Actuarial del Seguro de Salud, 2017" sea comunicada a las gerencias de la Institución de acuerdo con la "Directriz para la Gestión de los Riesgos identificados mediante las valuaciones actuariales", en atención a la disposición 4.10 del Informe de la Contraloría, DFOE-SOC-IF-10-2015.

ACUERDO CUARTO

Que se publiquen los resultados de la "Valuación Actuarial del Seguro de Salud, 2017" en la página Web de la Dirección Actuarial y Económica, en atención a lo solicitado en el hito 2 del indicador 7, del "Programa por resultados del Banco Mundial".

Lic. Sánchez Duarte:

Buenas tardes. Muchas gracias. En este tema de los antecedentes es rápido, es un poco lo que ya hemos comentado, de donde surge todo ese ejercicio que se ha realizado, la práctica de la valuación actuarial y otros mandatos que la Junta Directiva ha propuesto para la implementación de la administración. Para entrar en materia con los resultados del taller como dice mi compañero José, se hizo una encuesta de percepción para avisar qué factores podrían estar incidiendo más fuerte y negativamente en las finanzas del Seguro y se observa que la mayoría tiene la percepción que la deuda del Estado es la que impacta mayor enlace desde el punto de vista del financiamiento. Recordemos que ahí actuarial nos decía que en algún momento se recibiera todos los recursos de la deuda del Estado y se aumentara 10% de la cobertura contributiva si va a ganar una (...) de tres años. Desde el punto de vista de la gestión también los encuestados respondieron que una de las acciones más prioritarias que debe implementar la Institución es el fortalecimiento del Primer Nivel de Atención y es el fortalecimiento del Primer Nivel de Atención es como una prioridad, después la mayor exigencia de la gestión hospitalaria la han visto como una importancia médica, pero también lo han considerado relevante. También desde la misma encuesta se han considerado

diferentes elementos que pueden incidir y comprometer el financiamiento y de los principales consideran que podría ser el excesivo financiamiento de la infraestructura, uno de los aspectos que se había de considerar para la revisión. También el costo de nuevos servicios y tratamiento se ha considerado una alta complejidad. Eso es básicamente un repaso muy rápido de la percepción de las personas con respecto de estos temas que mencionaba y seguidamente mencionamos lo que se hizo en el taller, que básicamente es hacer una priorización y una propuesta de ideas considerando la importancia de la gobernabilidad. La importancia es que tanto impacto tienen esas variables, esas acciones que se definen para contribuir en la sostenibilidad del seguro y lo que decía José esa gobernabilidad que tanto está dentro de la posibilidad de la Institución de poder hacerlas y que van a tener un impacto. Recordar que inicialmente se habían propuesto cuarenta y un acciones y de esas cuarenta y una las gerencias propusieron veintitrés más hasta llegar a sesenta y cuatro y una vez que se hizo el ejercicio conjunto entre los participantes del taller se logró priorizar quince acciones, para poder concretar esos resultados y esas quince acciones las mostramos según los cuadrantes que se señalaban en el taller, principalmente enfocados en los dos cuadrantes superiores, lo que son los retos estratégicos y las oportunidades estratégicas. En el cuadrante derecho de oportunidades estratégicas se refiere a todas las que tenemos un mayor control en cuanto a gobernanza y que tienen un alto impacto y en los retos estratégico es que tiene un alto impacto pero que tal vez no tenemos una gobernanza tan fuerte para poder implementar que dependemos de otros actores para hacer cambios en cuanto a su implementación efectiva. De esas once que ahorita las vamos a ver, primero iniciamos con las cuatro de retos estratégicos que se ha dicho todo el tema de la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad ampliamente discutido que en ese tema hay que participar a otros actores, no solo la Caja tiene la responsabilidad de la implementación de esto, la revisión y rediseño de perfiles ocupacionales como una acción nueva que surge de parte del taller es específicamente para ver también las condiciones, por ejemplo de la relación de la enfermera qué podía hacer una enfermera cambiando acuses de su perfil, claro habría que negociar también con el Colegio de Profesional respectivo para que se pueda permitir que las desarrollen, nuevas fuentes de financiamiento y la formalización del empleo. Estas nuevas fuentes de financiamiento por ejemplo, nosotros podemos ser muy innovadores o buscar qué fuentes de financiamiento podemos detectar, para que se llegue a consolidar toda esa idea se tiene mucha dependencia de otros actores. En cuanto a las oportunidades estratégicas que tienen un alto impacto, pero tenemos una gobernanza moderada, se han determinado ocho opciones, entre ellas todo lo que es el fortalecimiento del primer nivel, la intervención de las enfermedades crónicas no transmisibles, la disminución de las estancias hospitalarias, el mejorar la gestión hospitalaria, implementar el modelo de prestación de servicios, continuar con los esfuerzos para implementar la valuación en tecnologías sanitarias y la disminución de los costos de venta, abastecimiento por citar algunos y en gobernanza tenemos un alto impacto y que hay una gobernanza muy fuerte en la Institución está todo el tema de la gestión de inversiones y la priorización del portafolio de inversiones, la implementación del Enterprise Resource Planning (ERP) y el modelo de costos, esas son las once acciones que se han determinado como un mayor impacto en el tema de la sostenibilidad del seguro y de esas quisimos detallar de esas nuevas acciones que se propusieron, también se dio a la tarea de poder concretizar algunos aspectos o puntualizar hacia donde se estaría apuntando. En este rediseño de los perfiles ocupacionales se citaba un ejemplo, que las enfermeras clasifican los pacientes en los servicios de emergencias, eso también nos comentaba el doctor Ruiz en su exposición, que en Canadá cuando surge este sistema de clasificación lo hacen las enfermeras con toda la capacidad, para poder incidir en eso. En el tema del fortalecimiento del primer nivel esa creación de plazas que se ha mantenido por una propuesta de la Gerencia Médica en unidades prioritarias, impulsar ese desarrollo de segundos turnos, para disminuir esos tiempos extraordinarios y que las personas estén desarrollando estas actividades en jornadas ordinarias para

ellos, la creación de doscientos EBASIS recordando que en la propuesta que hacía ciento cuarenta aprovechando la infraestructura actual, pero en segundos turnos y el 30% que son 60 se hicieran en una construcción en los puntos que se requerían priorizar y fortalecer el sistema de referencias y contra-referencias, también la reducción de las estancias hospitalarias que era trabajar desde un punto de vista de la eficiencia, la gestión de cavas en las nuevas tecnologías que son costo-efectivas en el traslado de estancias a centros de menor costo, hospitalización domiciliaria, hospital de día, son estrategias que se han venido desarrollando por la Institución gradualmente y avances en médicos, terapéuticos y diagnósticos, para poder desarrollar esa reducción de estancias, mejorando obviamente la capacidad de la gestión hospitalaria y en un punto importante la gestión de los casos de abandono, que también hemos comentado en varias ocasiones que, por ejemplo, un adulto mayor y definitivamente no hay forma de darle salida, porque nadie lo quiere recibir. Entonces, la Institución tiene que asumir ese caso, entonces, qué acciones interinstitucionales podemos hacer para que esa persona se logre colocar en un lugar donde se le dé la atención que se merece. Desde el punto de vista de la disminución de costos va a ver un crecimiento, nos explicaba también el Gerente de Logística, todo el tema de las compras consolidadas, buscar otras modalidades de contratación, que sean más novedosas que puedan aprovechar también una transferencia del riesgo de abastecimiento a los proveedores desde el punto de vista de la gestión de inversiones en los que proponía la Gerencia de Infraestructura aplicar la Ingeniería valore los proyectos de estructura mediante la estandarización, prototipos y optimización espacial, mejorar la gestión y priorización del portafolio de inversiones a través del fortalecimiento de procesos de formulación y evaluación, aquí está todo lo que es la Oficina de Administración de Proyectos, que han estado por ahí en conversación en algunos momentos la PMO y la evaluación “exantes y expost” de esas obras de nivel y por otro lado, la valoración de tecnologías, tal y tales como mencionábamos al principio si estaba la meta relacionada con eso, pero orientada hacia un alcance limitado de desarrollar unos talleres y unas capacitaciones, lo que se buscaría es concretizar cuál es ese modelo que se quiere para la Caja de gobernanza de la evaluación y tecnología y obviamente entrar en funcionamiento de ese plan de implementación para poder hacer una evaluación integral.

Doctor Macaya Hayes:

Disminución de costo de abastecimiento, incluirían ahí lo que da la implementación del Sistema Integrado de Compras Públicas (SICOP).

Lic. Sánchez Duarte:

¿En el sistema como tal?

Doctor Macaya Hayes:

O sea, compras electrónicas.

Lic. Sánchez Duarte:

Sí, eso está en todas las alternativas ya más novedosas y todo el uso de las plataformas de sistemas de información que se tengan disponibles, esto en algún momento con la integración como el ERP va a ser riquísimo para ponerle hacer el ejercicio de la planificación de esas compras y sí se complementa desde el punto de vista que se adquiere la cadena de abastecimiento y se le busca darle toda esa habilidad al Centro de Salud, pues sería una maravilla en algún momento. Parte de

eso nosotros estamos planteando el tema de algunas consideraciones que José nos mencionaba una al principio que con esta valuación actuarial lo que se denota es que hay una capacidad de participar, tenemos la oportunidad como Institución de definir acciones concretas que puedan contribuir con esa sostenibilidad del Seguro con ir, porque estas valuaciones siempre nos van a dar una foto, en algún momento determinado y en este momento hay esa capacidad de poder modificar esos escenarios para que sean más favorables a la Institución y eso es importante mencionarlo, también que venimos trabajando con acciones para impactar en ese tema, entonces que en este momento hay toda una batería de propuestas que podrían impulsar y mejorarse que van dirigidas al tema de la sostenibilidad, el tema de concretizar iniciativas, esto en algún momento nos lo decía doña Fabiola, está bien, está la iniciativa en el aire, pero bueno ahora sí pongámosle las metas, los indicadores y los responsables de qué es lo que queremos de estas iniciativas, que exista ese compromiso con las unidades gerenciales, para poder ir cumpliendo esos objetivos que se definan desde acá y hay un proceso también inmerso de maduración, si bien es cierto, como Institución generamos diferentes mecanismos de planificación, en esta oportunidad nos hemos unido como gerencias bajo el liderazgo de la Gerencia General y hemos ido viendo más del ámbito de acción de cada gerencia y tratando de ver cómo podemos impactar en la otra gerencia y así sucesivamente, eso va a ser un proceso de maduración, hasta ir estableciendo cada vez más metas retadoras que nos permitan alcanzar no solamente los objetivos de sostenibilidad, sino todo lo que es relacionado con la prestación de los servicios, que también tenemos a cargo, que sigue con todo esto, como les decía José no solamente es que ya hicimos el inventario, ahora lo que queda es que todas estas acciones que estamos definiendo que se introduzcan dentro del proceso de la planificación institucional, para que se puedan ligar con esos compromisos y esas metas y esos indicadores claros que ojalá que sean bastante retadores y que podamos monitorearlos. Lo otro es que las metas que ya están en los instrumentos de planificación, de esas cuarenta y meses que ya decíamos al principio evitar cuáles deben tener ajustes, y cuáles se tienen que mejorar y hacerlas más retadoras para poder contribuir con los objetivos de sostenibilidad. Igual diseñar estrategias para esa implementación que se tiene que hacer y bueno con todo esto ver vital el tema del seguimiento, que se le dé un seguimiento periódico para ver cómo se van alistando o cumpliendo sus indicadores y se vayan evaluando los resultados, por ahí nosotros mencionábamos al principio, que es importantísimo de esas variables que se seleccionen como muy prioritarias que se incluyan dentro de los análisis que está haciendo la Dirección Actuarial, para poder determinar que tanto impacto tienen en la sostenibilidad. Bueno, sería como las líneas generales de la presentación y traemos una serie de propuestas de acuerdos como se mencionan a continuación. El primer acuerdo.

Director Loría Chaves:

Es que yo creo que toda la presentación es otra vez como si nosotros estuviéramos obligados a ver todo, al final acciones que se discutieron en el foro cuando indicamos que una de las cosas más importantes es que empezamos a entender que la Caja no tiene que hacer todo. ¿Me explico? Podemos caer en lo mismo, en los EBAIS, eso es Medicina, entonces todo lo que hablamos de que había que hacer urgentes acciones para que la Medicina Preventiva y la prevención de salud, digamos, el auto cuidado de la salud tiene que ser como una estrategia muy clara de que la Caja debería de estarse integrando con Municipalidades y otras instituciones, por eso en la gobernanza no lo vi y Gerencia Médica, que la Caja debería estar haciendo alianzas con las Asociaciones de Desarrollo Comunal para atención de salud, para todo eso no se ve, bueno tal vez yo no lo vi, tal vez se me pasó, no vi ni la Gerencia Médica, ni gobernanzas, entonces esto que aparece una acción, ah bueno, hablamos de la desesperación de los pacientes y la posibilidad de un albergue y que podía

hacer alianzas para que algunos pacientes sean vistos en el barrio, eso que para mí es fundamental la disponibilidad y la estrategia de los seguros de salud y demás no lo vi, no sé si está en otro lado.

Lic. Sánchez Duarte:

Al principio el tema de los retos estratégicos eso es lo que les mencionaba, tal vez no tenemos una gobernanza total, porque dependen de otros actores y precisamente este tema de promoción de la salud y la prevención de la enfermedad.

Director Loría Chaves:

Es que yo ahí veo un error perdón, no es que dependa de otros actores, nosotros tenemos que provocarlos.

Lic. Sánchez Duarte:

Depende de todas las alianzas y todas las acciones que podamos hacer para eso.

Director Loría Chaves:

Perdón que sea tan insistente, pero justamente nosotros no podríamos partir de que depende de otros sectores. Si nosotros creemos en eso nosotros primero tenemos que ir y provocar eso, que eso suceda, ¿qué suceda qué? Que suceda alianza con las Municipalidades, qué suceda alianza con las comunidades, o sea todo. Si no lo hacemos, si lo hacen otros igual seguimos en lo mismo. Y el otro gran tema que había ausente ahí y que también se nos fue en el seminario que estuvo muy bien, por cierto, el taller estuvo muy bonito, es que nosotros tenemos que dar también un giro muy grande al tema de los médicos de empresa, que estuvieron ausentes ahí, porque los médicos de empresa están dando cientos de miles de consultas que nosotros no damos, estamos claros, y un poco más también a Medicina Mixta, pero yo le he puesto más a los médicos de empresa porque ahí no está la gente que está cotizando en la Caja. En las empresas está la gente que le cotiza a la Caja -me explico- nosotros necesitamos darle más a eso. Una discusión que hubo fue que por ejemplo, aquí trajeron vincular el EDUS a la Medicina Mixta, pero no la Medicina de Empresa, entonces uno dice, suave, suave, estoy entendiendo que la importancia que tienen los médicos de empresa, porque son profesionales que no están pagados por la Caja, en primer lugar, profesionales que están en consulta que la Caja no da, porque el Parque Industrial de Coyol hace seis años estaba dando 120.000 consultas al año, solo (...) daba 12.000 al año, eso es fundamental, no sé si es que estoy equivocado, pero es fundamental en la estrategia de flexibilidad del Seguro de Salud.

Director Salas Chaves:

Perdón que voy a interrumpir, eso que está diciendo José Luis cuesta desde aquí sentados entenderlo, porque es el organismo de más alto nivel, cuesta mucho, hay que estar allá como para el Primer Nivel, entenderlo, por ejemplo, hay una gran cantidad de empresas que le está yendo muy bien y que quisiera que sus trabajadores estén muy contentos y muy satisfechos de trabajar con ellos, entonces ellos vienen hace años, no de ahora, colaborando localmente, no con la Caja, ellos pagan las cuotas, pagan todo, las contribuciones, pero localmente se equipan, entonces los médicos les dicen, es que si tuviéramos un electrocardiólogo, viera que si tuviéramos un equipito, porque nosotros somos igual que los militares, queremos todos los chunches, entonces, resulta que

si encontramos un patrono que nos dé bola eso es increíble, es que viéramos que no cabemos ya, si pudiéramos hacer un cuartito, es un poquito más, extender este alero aquí, la gente me lo ha dicho reiteradamente en todas partes, nosotros estamos encantados de que nuestros trabajadores se sientan bien aquí donde trabajan y que se sientan que ellos nos importan, eso en el caso de las empresas, entonces, si uno no les abre la posibilidad de colaborar, no ocurre porque aquí en la Caja tenemos la idea de que nosotros podemos todo, usted nada más diga y yo le pongo, entonces hay una frase célebre de Olguita la Directora del Hospital Nacional de Niños, Olga Arguedas, que se las quiero dejar para que no la olviden nunca. Olguita dice que ella descubrió que en la Caja, lo único que hay que hacer adecuadamente bien es seguir la ruta epistolar nada más, si usted hace eso logra lo que quiere, que la ruta epistolar desde la perspectiva de la directora del Hospital Nacional de Niños. Ese es un tema que decía don José Luis, porque eso es fundamental. Una cosa que quiero dejar aquí planteado, si yo fuera Ministro de Salud y no Presidente de la Caja, parto del principio que no tengo un cinco partido por la mitad, en el Ministerio todos colaboran para poner cafecito, porque no tienen un cinco están en la pura calle hace un tiempo, podemos poner eso un poco más bonito, tienen pocos recursos, pero quiero decir que se acostumbraron toda su vida a que su fortaleza no esté en ellos, esté en los demás. Ese es el detalle del Ministerio de Salud, entonces ustedes ven las memorias de Juan Jaramillo y Juan Jaramillo dice “el día que me nombraron ministro me enteré que no tenía un cinco partido por la mitad, pero que Guido sí tenía, que el INS sí tenía”, entonces empieza el hombre a tirar a ver dónde podía encontrar socios para proyectos, pero quiero decir mentalmente él se prepara sabiendo que no tiene un cinco, se prepara llevar adelante una propuesta de salud al país sabiendo que no las tiene todas, sino que las tiene que ir a buscar, ¿a dónde las van a ir a buscar? a la comunidad, a la Dos Pinos, ustedes ven por ejemplo esa experiencia de Cartago del médico de familia que busca que la Dos Pinos le ponga una nutricionista, pero si uno no va y le pide a la nutricionista ellos tampoco se la van a prestar, porque no sabe qué es lo que están haciendo, pero si yo sí sé lo que quiero voy a la Dos Pinos y digo ustedes no tienen una nutricionista cuatro horas nada más, después seis y después ocho y después ya me la robé, ah pero es en el local de Cartago, no es de la Muni, y usted empieza a pegar clavos y logra al final el objetivo de la prestación de servicios que no quería, pero desde aquí no lo vemos así, partimos de que existen recursos, pero es muy difícil si yo estoy mentalizado a que aquí todo lo tengo, para qué voy a pedir a puño, entonces, es complicado, a mí me parece que hay que entender que tenemos que darle vuelta al tema, porque no nos va a alcanzar, ahora no nos va a alcanzar a la Caja, no le alcanza a nadie. Si esto fuera una aseguradora privada tampoco, a qué fuimos a Chile. Fuimos a Chile hace muchos años, porque resulta que una vez que se privatizó el Seguro Social y los chilenos descubrieron que la salud era una mina de oro que daba ganancias increíbles, entonces resulta que los chilenos rápidamente descubrieron que los apetitos de los usuarios son infinitos, infinitos, todos quieren una resonancia, todos quieren un Tac, igual que aquí, pero si yo estoy en la privada no es tan fácil, entonces el modelazo aquel que les iba a dar millones y millones de ganancias empezaron a no tener tantas ganancias, porque todos querían un ultrasonido de tres dimensiones y a colores, pero si estoy pagando un platal, cómo no me lo van a hacer, entonces nos mandaron a llamar a nosotros en Costa Rica, ustedes que tienen un modelo de atención primaria muy bueno vengan y digan cómo salvamos la tanda, porque aquí la gente está pidiendo más y más tecnologías y más y más medicamentos, por supuesto iban para arriba, hasta que les explicamos que no, hay que tener un primer nivel de atención bien fortalecido, bien estructurado y con capacidad de resolver el 80% de los problemas. Si ustedes le dejan libre la demanda al usuario, no hay plata que alcance en este mundo en ningún tipo de régimen, entonces, a mí me parece que esa es la diferencia que hay que entender, hay que ubicarse como Ministro de Salud y decir “no tengo un cinco, ¿cómo hago para sostener esto, cómo hago?” Haciendo alianzas con la comunidad con las empresas, con los grupos, hay mil grupos, ustedes ven que esto no se

mata de una sola vez como pretendemos aquí cobrando cuotas o vendiendo servicios determinados, se mata de mil maneras, porque resulta que las necesidades son increíblemente altas, la demanda es enorme y nunca alcanzará, por eso yo pienso que le falta una estrategia a esto, en el sentido de que cuál es la estrategia que le hace falta para que sea efectivo.

MSc. José Castro:

De las 64 acciones que ya de por sí estaban priorizadas, las que quedaron aquí estas 15, es porque el supuesto con la que vamos a trabajar y las primeras son las que aparecen, ahí en el cuadrante donde tiene el máximo espacio y si está en el cuadrante donde no todo, precisamente, porque hay que trabajar, no supone eso que no lo toque, ni tampoco, ni que no lo podamos hacer, supone mayor esfuerzo en este caso, ya para movilizar todo tipo de recurso, de iniciativas y poner a andar. Entonces, ahí está y esa meta en los planes tácticos actualmente, es una de las que hay que trabajar y es precisamente, estas quince acciones suponen que en un plazo ahí están en las propuestas, deben ser aterrizadas con acciones concretas, con plazos, etc., etc.

Lic. Sánchez Duarte:

La primera vez que conversábamos de este tema, me recuerdo el caso que venía trabajando la doctora Daysi Corrales que era el tema de los Municipios saludables como una estrategia también, pero no darle nosotros todas las condiciones, sino que aprovechando iniciativas -como lo que pasa en Cartago- se pudiera hacer una réplica en otras municipalidades, por ejemplo, donde nos valgamos de esos recursos de las municipalidades para atacar lo que queremos llegarle. Procediendo a leer los acuerdos este primero es con respecto de los dos informes que se han presentado: dar por recibido el informe de avance de la Política de Sostenibilidad del Seguro de Salud presentado en la sesión de Junta Directiva número N° 9058, celebrada el 17 de octubre de 2019, así como el informe de las acciones prioritarias para impactar la sostenibilidad del Seguro de Salud, desde la triple meta de más salud, mejores servicios y menores costos. El segundo acuerdo es dar por atendido el acuerdo segundo del artículo cinco de la sesión 8968, celebrada el 19 de julio de la definición de la ruta de sostenibilidad. Los acuerdos tercero y cuarto de la sesión 8991 del 24 de setiembre del 2018 relacionados con la aprobación de tal instrumentación de la política de sostenibilidad, así como el acuerdo adoptado en la sesión número 9057 del artículo 36° en la cual se solicitó a la gerencia presentar acciones para la sostenibilidad para conforme la evaluación actuarial del Seguro de Salud, esos son parte de los acuerdos que venían mencionándose.

Director Loría Chaves:

Esas son respuestas a otros acuerdos que se nos habían encargado y esto sería materializar qué sigue en realidad y es instruir a la Presidencia Ejecutiva, la Gerencia General y la Gerencia Financiera quien deberá continuar con la coordinación, con el apoyo de la Dirección de Planificación Institucional y las demás gerencias, para que en tres meses definan y revisen los indicadores, metas, tasas y responsables para las quince acciones priorizadas en el presente informe, las cuales tendrán que alinearse con el Plan Estratégico Institucional y la Política de Sostenibilidad del Seguro de Salud, esta es la primera parte de lo que nos mencionaba lo que sigue y continuando con esa misma línea de las acciones que ya están incluidas en los planes tácticos, analizar las acciones previamente definidas en los planes institucionales vinculados a la política para validar si lo propuesto por cada gerencia responde adecuadamente a los retos en esta materia y en los casos pertinentes hacer los ajustes que correspondan. De estas quince que mencionábamos

hay unas que, sí están incluidas en los planes, pero quizás las acciones que se están proponiendo no son retadoras, no son aspectos muy operativos que tienen profundizarse y negociarse con las diferentes gerencias, para que se pueda llegar a impactar este objetivo que tenemos. El acuerdo cuarto es instruir a la Gerencia General, para que en conjunto con la Dirección de Comunicación Organizacional establezca una estrategia de comunicación de las acciones propuestas para el abordaje de la sostenibilidad del Seguro de Salud y en consideración de los resultados de la valuación actuarial. Esto es desde el punto de vista del ejercicio del taller y la práctica que se presentó, eso es desde el punto de vista que les mencionaba desde el ejercicio que le había encargado también a la Gerencia General junto con las gerencias y nos vamos a permitir mencionar y retomar lo que se inició con la Dirección Actuarial de los acuerdos presentados desde el punto de vista de la evaluación actuarial. Y con respecto de la Valuación Actuarial procedo a leer también los acuerdos.

Director Loría Chaves:

¿La pregunta mía es vamos a hacer un informe dentro de cuánto tiempo?

Lic. Sánchez Duarte:

Tres meses.

Directora Abarca Jiménez:

Como idearon la actividad y como están priorizando las acciones y el tercer acuerdo es el que más me gusta. Pero siento que cuando uno instruye a la Presidencia Ejecutiva y a la Gerencia General, y alguien más ahí que no recuerdo, a la Financiera nadie es responsable, a mí me gusta cuando en el acuerdo alguien responsable y coordina con las demás personas, no sé cómo plantearlo ahí, porque ahí la propuesta de acuerdo es instruir a la Presidencia Ejecutiva y a la Gerencia General y a la Financiera.

Lic. Sánchez Duarte:

Nosotros lo que visualizábamos es que como la Junta Directiva con la implementación de la política de sostenibilidad.

Directora Abarca Jiménez:

La Gerencia General y a la Financiera.

Lic. Sánchez Duarte:

Sí, nosotros lo que visualizábamos es que como la Junta Directiva con la implementación de la Política de Sostenibilidad nos encargó a la Gerencia Financiera en coordinación con las demás gerencias el realizar las acciones que nosotros continuemos con la labor de liderazgo del sistema y en compañía obviamente, con las instancias técnicas de la Gerencia Médica.

Directora Abarca Jiménez:

Entonces sería instruir a la Gerencia Financiera, para que presente en un plazo de tres meses en coordinación con todos los gerentes. Para que ustedes le den continuidad a procesos que ya ocupamos y ustedes lo han hecho muy bien.

Lic. Sánchez Duarte:

Ahí nosotros lo que visualizábamos era incluir los demás actores, porque desde el punto de vista de la Dirección de Planificación va a ser clave el trabajo en equipo para poder incluir todas estas acciones en los diferentes instrumentos que ellos tienen y por eso incluimos a otras gerencias, si ustedes lo visualizan así.

Directora Abarca Jiménez:

Es lo mismo, pero con un responsable nada más.

Doctor Macaya Hayes:

A mí me parece que falta otro acuerdo, que es una nueva valoración actuarial para ver el impacto de estas medidas modelo, así vamos a saber dónde está el 80%-20% o cuáles son las medidas que más impactan para priorizarlas. ¿A cuánto impacta reducir un día de estancia en promedio?

Lic. Sánchez Duarte:

(...) dentro del estudio que se realizó en la Gerencia Médica, justamente, ya está haciendo las estimaciones posibles para incorporar esta meta dentro del Plan Táctico, poniendo las estimaciones, sabiendo que son las especialidades donde no es posible, por ejemplo, Neonatos y algunas en las cuales se pueden tener mayor posibilidad de tener éxito, se está agregando el acuerdo quinto, que dice así, posterior a la presentación del informe descrito del acuerdo tercero instruir a la Dirección Actuarial y Económica, para que presente en el Plan de tres meses a esta Junta Directiva un modelo que permita proyectar el impacto a las medidas proyectables, en el balance y gastos del Seguro de Salud.

Director Loría Chaves:

Hay temas que hay que trabajarlos coordinadamente, de esas medidas de gran impacto y yo creo que el tema del ahorro de diez camas puede ser un tema de corto plazo o de mediano plazo, entonces, yo creo que nosotros ponemos una meta de que en uno o dentro de uno y dos años lo estamos haciendo, si no lo hacemos así no avanzamos, por ejemplo uno sabe entonces que, no soy experto en eso, pero uno entiende que se va a requerir revisar todo el proceso de internamiento de la gente desde que entra hasta que sale, no sé todo ese proceso. Entonces, se tiene que facilitar, porque mucha gente se queda cuatro días en la cama, están los exámenes y no hay sala o no está el especialista lo que sea, esas rutas, si queremos deshospitar gente hay que tener clara y además vamos a tener un plan piloto en algún lado. Como somos los mejores en la eficiencia en la dotación de camas, albergues que hablamos es otra alternativa. Si yo tengo un paciente que ocupa nada más chequeo mientras lo operan, el paciente se puede mantener en un albergue. Todo ese conjunto de medidas para deshospitar gente es lo que hay que discutir y analizar, motor en marcha.

Director Salas Chaves:

Yo pienso que para que esto funcione hay que poner en modo ahorro, estamos en modo gasto, si no entendemos que tenemos que ponernos en modo ahorro no va a pasar nada, porque eso cambia las relaciones con la gente, con todo el mundo y me pongo en modo ahorro, piénselo en su casa, con la energía con esto con lo otro, sigue el gasto, si no hacemos un montón de cambios, esos cambios es lo único que garantiza la sostenibilidad.

Director Loría Chaves:

Recordemos lo de Cartago, el uso de las salas de operaciones. ¿Recuerdan?, después se demostró que puede ser mucho más eficiente operando mientras el estudio reflejaba que a veces los equipos de operar, la enfermera andaba tomando café y había que esperarla, entonces no entraba a la Sala hasta que no estuviera todo el equipo completo, y cuando se hacen los estudios uno va viendo que si hay posibilidades de mejorar mucho los tiempos y todo eso, pero creo que por ahí, hay que ver cuáles son los medios que van a impactar.

Licda. Ruiz Barquero:

Tal vez hay que dar la línea a los equipos de trabajo de las diferentes gerencias y en los tres meses traer alguna estrategia ya montada en coordinación con el nivel local que era lo que decía don Álvaro, para que se vea cómo se va a trabajar y posteriormente, ahora sí viendo la meta que se quiere lograr poderlo cuantificar de alguna manera con la valuación actuarial.

Licda. Ruiz Barquero:

Aquí tenemos quince, entonces la idea sería si para ustedes es suficiente, si es demasiado o si todavía hay que reducir más para presentar al nivel de detalles esas estrategias. La valuación actuarial fue clara mencionando algunos de ellos y señalaba por ejemplo, específicamente la reducción de la estancia hospitalaria, además de darnos por cada día que se reduzca son mil camas, además de eso, juntamente con aumentar la capacidad del Primer Nivel de Atención, sería de pasar de dos consultas a cuatro consultas juntamente esas dos medidas podían extender el período de estabilidad financiera o de solvencia al 2032 o más allá, entonces, ya tenemos dos, tres, claramente definidas. Aparte, el Portafolio de Inversiones, entonces si existen esas y están dentro de las quince, la idea sería ver si a ustedes les parece trabajar con esas o de esas quince todavía puntualizar más, para ya desarrollar la estrategia concreta que es lo que ustedes me parece que quieren ver.

Directora Alfaro Murillo:

Las quince que ustedes presentaron son muy lógicas y están bien identificadas, bien claras, yo no sé si para hacer un ejercicio de aterrizaje quince es mucho, más bien ustedes nos dicen, porque quince es todo, yo vi todo lo que es importante, entonces, yo creo que es mucho, si uno pudiera aterrizar en tres cuatro y en una sola de las cuatro dimensiones, tal vez sea más fácil el ejercicio, para ustedes y para nosotros.

Lic. Sánchez Duarte:

Yo creo que es posible incorporar acciones, de hecho, ya hay acciones, casi todas, lo que debemos asegurar es que las metas suficientes, no el indicador que esté lineal, porque puede ser un indicador que contribuya muy poco, ahí es con las gerencias de poder asegurar las metas que queden y los indicadores sean los pertinentes en términos de impacto.

MSc. José Castro:

Ahí tal vez para complementar de esas quince, hay algunas que podemos desarrollar en uno o dos años, hay otras que son en dos, tres, cuatro años, porque son cambios profundos en la forma en que venimos haciendo las cosas, entonces, si podemos buscar ese equilibrio de darle también cuáles son de corto, mediano y largo plazo para también hacer esa distinción.

Director Salas Chaves:

Presidente, nada más un comentario alrededor de la formación del recurso humano, esto lo van a hacer las personas no un computador y a mí me parece que el Centro de Desarrollo Estratégico e Información de Salud y Seguridad Social (CENDEISS) podría estar involucrado en el ciclo, en la formación de los cuadros gerenciales del nivel clínico, todos los gerentes están ahí, gerente de la clínica, servicio de medicina, servicio de cirugía, servicio de hematología, ese gerente lo cambian continuamente, entran y salen nuevos y se pensionan, vienen nuevos, los nuevos no tienen idea de nada son clínicas, y lo hacen como por un problema curricular, para ser jefe y yo aquí, ese jefe tiene que ser un jefe, un gerente de servicios de salud y me parece que el CENDEISS debería de estar ya que no lo veo en ningún lado, el CENDEISS debería de estar desde el primer día y la otra cosa son las Juntas de Salud y Seguridad Social, Juntas de Salud, tenerlas más cerca, trabajar con ellos para hacer el aterrizaje a la comunidad de lo contrario no se va a producir.

Ing. Peraza Solano:

Yo pensaba tal vez que de este desarrollo que vamos a hacer de aterrizarlo en indicadores, de responsables y plazos como que nosotros analicemos cuáles son las que tienen viabilidad a más corto plazo y de esas prioricemos las tres o cuatro y se las traigamos, las otras tendrán un plazo más largo y lo otro es que si ustedes recuerdan en el taller se hablaron de muchas otras, que son las sesenta y cinco, que son cosas que las gerencias, creo que ya hay algunas que se están trabajando como es el tema de transportes que son ahorros, como decía don José Luis que ya se pueden ir implementando, entonces podría salir una instrucción de que las gerencias continúen en lo que propusieron, pero que los esfuerzos estén centradas en las quince y en las cuatro esas que les traigamos cuando veamos la viabilidad de la implementación, porque la del primer nivel son mil quinientas plazas. ¿En cuánto tiempo podemos hacer eso? ¿La estancia hospitalaria qué requiere? Equipo cambios de modelos, entonces la del portafolio se puede traer más ahorita, entonces nosotros podríamos traer en estos tres meses o antes, si ustedes lo quieren, la viabilidad por lo menos de las cuatro porque lo vemos más a corto plazo.

Doctor Macaya Hayes:

Sí, las prioritarias pueden ser tres, pueden ser seis.

Lic. Sánchez Duarte:

Es parte del ejercicio que estamos planteando, de esas 15 cuáles son prioritarias.
Directora Abarca Jiménez:

Es que lo que yo estoy entendiendo del trabajo que ellos vienen haciendo y que hicimos en la actividad es que teníamos sesenta y cuatro acciones, después de la actividad quedaron priorizadas quince acciones en donde se evaluó prioridad y gobernabilidad, se tomaron en cuenta dos factores. Tomando en cuenta esos dos factores ya ustedes nos traen esas acciones prioritarias, ahora lo que seguiría es plasmarlo en un cuadro a mando, en donde cada gerencia tenga sus metas con sus compromisos bien cuantificados y los indicadores que se van a seguir. A mí me gusta como lo están planteando, yo les daría la oportunidad de seguir adelante.

Lic. Sánchez Duarte:

Como decía Ivonne inclusive la valuación actuarial ya indica una de esas variables y lo otro es la gestión y la conversación. Con todos concluimos en ciertas acciones, obviamente, el Primer Nivel de atención en el tema de la Gestión Hospitalaria, el Portafolio de Inversiones, por citar algunas y aquí la participación de todas las direcciones, obviamente con todo el tema del desarrollo.

Doctor Macaya Hayes:

Tal vez votamos estas cuatro, cinco más bien. ¿Nadie tiene más comentarios sobre estas cinco? Este voto es por las cinco todas. Vamos a votar, tenemos seis, en firme.

Lic. Sánchez Duarte:

Y como les decía ahorita estos son los acuerdos que se plantearon en algún momento por la Dirección Actuarial cuando se presentó la valuación y la idea sería retomarlos, porque también hay que recordar, que la aprobación de esta valuación está sujeta para un desembolso también del (...) entonces, era importante complementar con todas las acciones que ya las expusimos al principio y ahora que vuelvan a valorar el acuerdo es que la dirección planteó en su momento. Se los leo. Con base en el informe y resultados de la Valuación actuarial del Seguro de Salud, elaborada por la Dirección Actuarial y Económica, se proponen los siguientes acuerdos:

1. Aprobar el estudio “Valuación actuarial del Seguro de Salud, 2017”, para la atención del hito 2) del indicador 7), del “Programa por resultados del Banco Mundial” y continuar con los trámites que corresponda para la verificación del hito.
2. Aprobar las recomendaciones de la Valuación actuarial del Seguro de Salud 2017 e instruir las distintas gerencias y direcciones de la Institución para su aplicación.
3. Que la “Valuación Actuarial del Seguro de Salud, 2017” sea comunicada a las gerencias de la Institución de acuerdo con la “Directriz para la Gestión de los Riesgos identificados mediante las valuaciones actuariales”, en atención a la disposición 4.10 del Informe de la Contraloría, N° DFOE-SOC-IF-10-2015.
4. Que se publiquen los resultados de la “Valuación Actuarial del Seguro de Salud, 2017” en la página Web de la Dirección Actuarial y Económica, en atención a lo solicitado en el hito 2 del indicador 7, del “Programa por resultados del Banco Mundial”.

Lic. Sánchez Duarte:

Con respecto de las recomendaciones que se plantearon en su momento fueron antes de la priorización y todo el ejercicio que se hizo en conjunto. De eso nosotros lo que estuvimos analizando en relación con estas recomendaciones es si también las implementamos y lo que hacemos es encauzar nuevamente las acciones a lo que estaba proponiendo inicialmente e igual ahí la importancia de valorar si estas recomendaciones se hacen un alineamiento con la priorización que se está aprobando en este informe anterior. Estas son las recomendaciones que se presentaron en ese momento por la Dirección Actuarial, la primera solicitar a la Gerencia Financiera que en un plazo de seis meses, elabore y presente a Junta Directiva un informe respecto del avance y diseño del Sistema de Costos que se está incorporando en el Plan Innovación. Es claro que disponer del sistema que permita establecer los costos unitarios, no solamente costos promedios conducen y contribuye a una más eficiente asignación de recursos y por tanto a períodos de sostenibilidad financiera más prolongados. Segunda recomendación, encargar a la Gerencia Financiera para que los próximos seis meses elabore y presente a Junta Directiva un informe sobre comportamiento de las morosidades y las obligaciones del Estado con el Seguro de Salud, eso permitirá adoptar las medidas o acciones que correspondan y así disminuir el riesgo que representa para la liquidez del Régimen, la acumulación permanente de esas obligaciones. 3) En concordancia con la Política de Sostenibilidad Financiera del Seguro de Salud se encarga a la Gerencia Financiera para que elabore en un plazo de seis meses en coordinación con la Dirección Actuarial se elabore y presente a la Junta Directiva un estudio que contenga acciones sobre nuevas fuentes de financiamiento. 4) Encargar a la Gerencia Médica la elaboración de un plan específico, en donde se valoren acciones o medidas de corto y mediano plazo, que permitan incidir en reducciones de elaboración del tiempo promedio de las estancias hospitalarias, es precisamente esa variable la que mayor impacto presenta en el gasto y en los objetivos de extensión de la sostenibilidad sin solicitar a la Gerencia Financiera que en coordinación con la Dirección Actuarial y Económica y en el marco de un proceso de normalización en el esquema de contribuciones se elabore en los próximos seis meses un estudio orientado hacia un ajuste gradual en la prima global de contribución de trabajadores independientes y asegurados voluntarios de modo que se alcance el 15% y el 14% respectivamente.

Doctor Macaya Hayes:

Perdón. ¿A qué se refiere con que se alcance 15%?

Lic. Sánchez Duarte:

Eso es que se alcance la prima de contribución del trabajador independiente de un 12% a un 15%.

Doctor Macaya Hayes:

Estamos más bien priorizando el modelo de trabajador independiente, ya la formalidad es bajísima en esos trabajadores y tenemos que encontrar el punto de equilibrio donde logremos más formalidad y en la globalidad recaudemos más.

Lic. Sánchez Duarte:

Continuo y ya les menciono. Encargar a la Gerencia Médica para que conjuntamente con la Dirección Actuarial y Económica continúe efectuando y fortaleciendo los estudios sobre carga de

enfermedad, esto con el objetivo de disponer de elementos actualizados que permitan priorizar las intervenciones en salud e impactar positivamente la asignación de recursos, por lo que no solamente se fortalezca los indicadores de salud, sino que contribuyan al mediano y largo plazo en una desaceleración de las tasas de crecimiento del gasto, mediante una atención al paciente más eficiente. Encargar a la Gerencia Financiera y Médica en conjunto con la Dirección de Planificación Institucional que se fortalezcan los procesos para la discusión de proyectos en el Portafolio de Inversiones, de manera que esos respondan a mejoras de los servicios que brinda el seguro, ya que el gasto de operación que genera cada proyecto puede ser un determinante importante en la sostenibilidad, esas serían las recomendaciones que está incluyendo la Dirección Actuarial.

Directora Alfaro Murillo:

Pero yo quiero entender nuevamente algo que me tiene confundida desde hace rato con este tema de trabajador independiente. Nosotros para el asalariado el patrono aporta 9.25% y nosotros como asalariados yo me cuento, aportamos para el 5.50% eso da 14.75%. La propuesta ahí es que el trabajador independiente aporte entre 14% y 15%, o sea, que aporte igual que el trabajador asalariado en los dos componentes.

Licda. Ruiz Duarte:

A lo que se refiere es al aporte global, el trabajador independiente de acuerdo con su nivel de ingreso aporta un porcentaje y es complementado por el Estado. Entre los dos llegan al 12%, entonces, lo que se indica en la recomendación de la valuación es que se realice un estudio para determinar la viabilidad, -no recuerdo como decía la recomendación- pero como para incrementar de ese 12% global al 15% porque se suma al 0.25% del Estado como tal, entonces, llega al 15%.

Lic. Sánchez Duarte:

El acuerdo quinto, ya sería sexto porque se le incorporó uno más, teniendo presente los resultados de la valuación actuarial, expuesto por la Dirección Actuarial y Económica, así como considerando las propuestas de (...) por las gerencias para contribuir a la sostenibilidad del Seguro de Salud se acuerda:

Aprobar el estudio de valuación actuarial del Seguro de Salud para la atención del hito dos del indicador 7) del “Programa por resultados del Banco Mundial” y continuar con los trámites que corresponda para la verificación del hito. Que la Valuación Actuarial de Seguro de Salud, sea comunicada a las Gerencias de acuerdo con la directriz para la gestión de riesgos determinados mediante las valuaciones actuariales, en atención a la disposición 4.10), del Informe de la Contraloría, N° DFOE-SOC-IF-10-2015. Que se publiquen los resultados de la “Valuación Actuarial del Seguro de Salud, 2017” en la página Web de la Dirección Actuarial y Económica, en atención a lo solicitado en el hito dos del indicador siete, del “Programa por resultados del Banco Mundial”. Se instruye a la Gerencia General para que implemente las recomendaciones de Valuación actuarial 2017 que son coincidentes con el ejercicio de priorización realizado en el taller denominado la Caja del Futuro, conforme los términos del acuerdo tercero.

En el entendido de que todas las acciones de la Valuación actuarial están en la priorización, salvo esa del incremento de la prima global.

Doctor Macaya Hayes:

Comentarios. Procedemos a votar todos los acuerdos. En firme. Muchas gracias.

Finalmente, habiéndose realizado la presentación pertinente por parte del licenciado Andrey Sánchez, y con base en la recomendación del licenciado Calderón Villalobos, Gerente Financiero a.i. en el citado oficio N° GF-5387-2019 y el señor Gerente General en su oficio número GG-1926-2019, la Junta Directiva, con base en lo expuesto, -en forma unánime- **ACUERDA:**

ACUERDO PRIMERO: dar por recibido el Informe de avance de la Política de Sostenibilidad del Seguro de Salud, presentado en la sesión de Junta Directiva número 9058, celebrada el 17 de octubre de 2019, así como el Informe de las acciones prioritarias para impactar la sostenibilidad del Seguro de Salud, desde la triple meta de más salud, mejores servicios y menores costos.

ACUERDO SEGUNDO: dar por atendido el acuerdo segundo del artículo 5 de la sesión 8978, celebrada el 19 de julio 2018, sobre la definición de la ruta de sostenibilidad, los acuerdos tercero y cuarto de la sesión 8991 del 24 de setiembre de 2018 relacionados con la aprobación del plan de implementación de la Política de Sostenibilidad del Seguro de Salud, así como el acuerdo adoptado en la Sesión N° 9057, del artículo 36°, en la cual se solicitó a las gerencias presentar acciones para la sostenibilidad conforme la Valuación Actuarial del Seguro de Salud del 2017

ACUERDO TERCERO: instruir a la Gerencia Financiera en coordinación con la Gerencia General y el apoyo de la Dirección de Planificación Institucional y las demás gerencias, para que en tres meses presente un informe a la Junta Directiva definan y revisen los indicadores, metas, plazos y responsables para las 15 acciones priorizadas en el presente informe, las cuales tendrán que alinearse con el Plan Estratégico Institucional y la Política de Sostenibilidad del Seguro de Salud.

En línea con lo anterior, analizar las acciones previamente definidas en los planes institucionales vinculadas a la Política de Sostenibilidad del Seguro de Salud, para validar si lo propuesto por cada Gerencia responde adecuadamente a los retos en esta materia y en los casos pertinentes ajustar conforme a las posibilidades y la priorización de las actividades.

ACUERDO CUARTO: instruir a la Gerencia General para que en conjunto con Dirección de Comunicación Organizacional establezcan una estrategia de comunicación de las acciones propuestas para el abordaje de la sostenibilidad del Seguro de Salud y en consideración de los resultados de la Valuación Actuarial 2017.

ACUERDO QUINTO: posterior a la presentación del informe descrito en el acuerdo tercero, instruir a la Dirección Actuarial y Económica para que presente en el plazo de tres meses a esta Junta Directiva un modelo que permita proyectar el impacto de las medidas prioritarias en el balance de ingresos y gastos del Seguro de Salud.

Finalmente, conocido Informe de Resultados del Taller: La Caja del futuro, más salud, mejores servicios y menores costos, aprobación de la Valuación Actuarial del Seguro de Salud, la Junta Directiva -en forma unánime- **ACUERDA:**

ACUERDO SEXTO: teniendo presente los resultados de la Valuación Actuarial del Seguro de Salud, 2017, expuesto por la Dirección Actuarial y Económica, así como considerando las propuestas de acciones realizadas por las Gerencias para contribuir a la Sostenibilidad del Seguro de Salud , se **ACUERDA:**

5. Aprobar el estudio “Valuación Actuarial del Seguro de Salud, 2017”, para la atención del hito 2 del indicador 7, del “Programa por resultados del Banco Mundial” y continuar con los trámites que corresponda para la verificación del hito.
6. Que la “Valuación Actuarial del Seguro de Salud, 2017” sea comunicada a las gerencias de la Institución de acuerdo con la “Directriz para la Gestión de los Riesgos identificados mediante las valuaciones actuariales”, en atención a la disposición 4.10 del Informe de la Contraloría, DFOE-SOC-IF-10-2015.
7. Que se publiquen los resultados de la “Valuación Actuarial del Seguro de Salud, 2017” en la página Web de la Dirección Actuarial y Económica, en atención a lo solicitado en el hito 2 del indicador 7, del “Programa por resultados del Banco Mundial”.
8. Se instruye a la Gerencia General para que implemente las recomendaciones de Valuación Actuarial 2017 que son coincidentes con el ejercicio de priorización realizado en el taller denominado la Caja del Futuro, conforme los términos del acuerdo tercero.

Se retiran del salón del salón de sesiones el licenciado Andrey Sánchez, la licenciada Ivonne Ruiz Barquero, Asesora Gerencia Financiera, el Master José Ángel Castro, Ing. Susan Peraza Solano, Directora, Dirección de Planificación Institucional.

ARTICULO 9º

Se someten a revisión y **se aprueba** el acta de la sesión número 9057, con las observaciones de forma que quedan directamente incorporadas en el borrador original de esta acta.

Doctor Macaya Hayes:

¿Hay dos temas uno es el tema del Traztuzumab de Logística y luego está la Gerencia Financiera, como andan de ánimo, qué quieren ver?

Directora Alfaro Murillo:

A mí me hubiera impactado ver lo del Traztuzumab, pero es un tema que me gustaría ver.

Dr. Cervantes Barrantes:

Estamos ahí coordinando para la próxima semana.

Directora Jiménez Aguilar:

Y no vimos la correspondencia.

Doctor Macaya Hayes:

Y está la declaración de apetito de riesgo del IVM.

Directora Abarca Jiménez:

Y no hemos aprobado el acta.

Dr. Macaya Hayes:

Veamos los proyectos de ley urgente y aprobemos el acta.

Doctor Macaya Hayes:

9057 es el acta. Quién no puede votar esa acta.

Directora Abarca Jiménez:

Es que en la página N° 282 venía marcado un comentario mío en amarillo, que creo que no quedó bien grabado y no se transcribió bien, entonces, no hay ningún problema si lo eliminan, porque no tiene nada que ver con el acuerdo.

Director Loría Chaves:

Era de varios compañeros.

Directora Abarca Jiménez:

Porque no aporta para el acuerdo, entonces, no le vería ningún problema.

Doctor Macaya Hayes:

Estábamos esperando al Dr. Salas, ahora si aprobamos el acta. En firme. Vamos con los proyectos de ley.

Ingresa al salón de sesiones la licenciada Mariana Ovares Aguilar de la Dirección Jurídica.

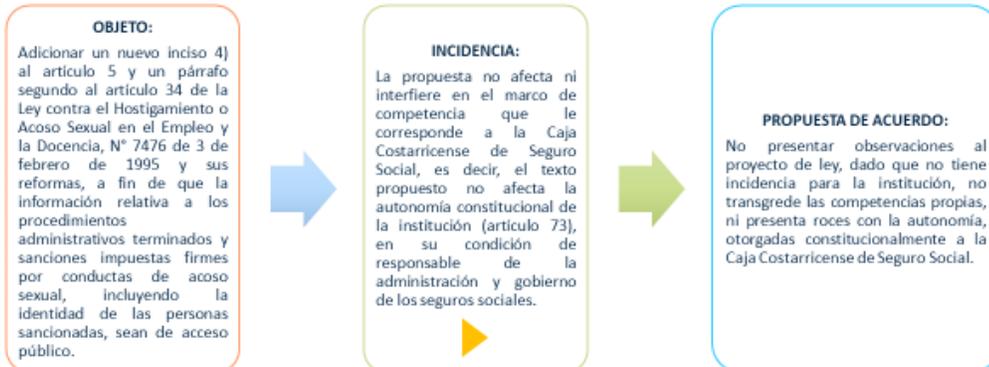
ARTICULO 10°

Se tiene a la vista el oficio número DJ-05494-2019, de fecha 21 de octubre del año 2019, suscrito por el Lic. Gilberth Alfaro Morales, director jurídico c/ rango de subgerente, Licda. Mariana Ovares Aguilar, jefe a.i. del Área de Gestión Técnica y Asistencia Jurídica y el Lic. Ricardo E. Luna Cubillo, abogado, Dirección Jurídica, en el que atienden el Proyecto de Ley “*Adición de un inciso 4) al artículo 5 y de un párrafo segundo al artículo 34 de la Ley Contra el Hostigamiento o Acoso Sexual en el Empleo y la Docencia, N° 7476 de 3 de febrero de 1995, Ley para garantizar la publicidad de las sanciones firmes impuestas por conductas de hostigamiento sexual*”, Expediente Legislativo N° 21.466.

La presentación está a cargo del Licda. Mariana Ovares, con base en la siguiente lámina:



Nombre	Adición de un inciso 4) al artículo 5 y de un párrafo segundo al artículo 34 de la Ley Contra el Hostigamiento o Acoso Sexual en el Empleo y la Docencia, N° 7476 de 3 de febrero de 1995, Ley para garantizar la publicidad de las sanciones firmes impuestas por conductas de hostigamiento sexual.
Expediente	21.466
Proponente del Proyecto de Ley	José María Villalta Flórez-Estrada.



Licda. Ovares Jiménez:

Este es el proyecto de ley de admisión de un inciso 4) al artículo 5° de un párrafo segundo al artículo 34° de la Ley contra el Hostigamiento Acoso Sexual en el Empleo y la Docencia número 7476 del 03 de febrero de 1995, ley para garantizar la publicidad de las sanciones firmes impuestas por conductas de hostigamiento sexual, Expediente N°21.466, proponente José María Villalta y se encuentra en el lugar 23° de la Comisión de la mujer. El proyecto de ley lo que pretende con la reforma de estos dos artículos es crear un registro de sancionado, ya de procedimientos administrativos finalizados, un registro con los nombres de las personas que estuvieron procedimentados por un caso de acoso sexual, claro que sí siempre salvaguardando toda la privacidad de las víctimas, entonces se hizo la revisión del proyecto de ley y no tiene ninguna incidencia en las competencias de la Institución y la propuesta de acuerdo es no presentar observaciones al proyecto de ley dado que no tiene incidencia para la Institución, no transgrede las competencias propias, ni presenta roces con la autonomía otorgada constitucionalmente a la Caja.

Doctor Macaya Hayes:

¿Comentarios? Votamos. En firme. Muchas gracias doña Mariana.

Por tanto, se tiene a la vista el oficio número DJ-05494-2019, de fecha 21 de octubre del año 2019, suscrito por el Lic. Gilberth Alfaro Morales, director jurídico c/ rango de subgerente, Licda. Mariana Ovares Aguilar, jefe a.i. del Área de Gestión Técnica y Asistencia Jurídica y el Lic. Ricardo E. Luna Cubillo, abogado, Dirección Jurídica, en el que atienden el Proyecto de Ley

“Adición de un inciso 4) al artículo 5 y de un párrafo segundo al artículo 34 de la Ley Contra el Hostigamiento o Acoso Sexual en el Empleo y la Docencia, N° 7476 de 3 de febrero de 1995, Ley para garantizar la publicidad de las sanciones firmes impuestas por conductas de hostigamiento sexual”, Expediente Legislativo N° 21.466. El citado oficio textualmente se lee en estos términos:

“Atendemos el proyecto legislativo mencionado en el epígrafe, remitido por la Presidencia Ejecutiva, mediante oficio PE-2212-2019, al respecto, se indica lo siguiente:

I.- SINOPSIS:

1	Nombre	Adición de un inciso 4) al artículo 5 y de un párrafo segundo al artículo 34 de la Ley Contra el Hostigamiento o Acoso Sexual en el Empleo y la Docencia, N° 7476 de 3 de febrero de 1995, Ley para garantizar la publicidad de las sanciones firmes impuestas por conductas de hostigamiento sexual.
	Expediente	21.466.
	Objeto	Adicionar un nuevo inciso 4) al artículo 5 y un párrafo segundo al artículo 34 de la Ley contra el Hostigamiento o Acoso Sexual en el Empleo y la Docencia, N° 7476 de 3 de febrero de 1995 y sus reformas, a fin de que la información relativa a los procedimientos administrativos terminados y sanciones impuestas firmes por conductas de acoso sexual, incluyendo la identidad de las personas sancionadas, sean de acceso público.
	Proponente del Proyecto de Ley	José María Villalta Flórez-Estrada.
2	INCIDENCIA (Criterio legal y criterios técnicos)	La propuesta de adición de un inciso 4) al artículo 5 de la “Ley contra el hostigamiento o acoso sexual en el empleo y la docencia” no afecta ni interfiere en el marco de competencia que le corresponde a la Caja Costarricense de Seguro Social, es decir, el texto propuesto no afecta la autonomía constitucional de la institución (artículo 73), en su condición de responsable de la administración y gobierno de los seguros sociales.
3	Conclusión y recomendaciones	Se recomienda no presentar oposición al proyecto de ley dado que no tiene relación alguna con las potestades y funciones de la Caja.
4	Propuesta de acuerdo	No presentar observaciones al proyecto de ley, dado que no tiene incidencia para la institución, no transgrede las competencias propias, ni presenta roces con la autonomía, otorgadas constitucionalmente a la Caja Costarricense de Seguro Social.

II.- ANTECEDENTES:

1.- Mediante oficio PE-2212-2019, suscrito por la Presidencia Ejecutiva, recibido el 09 de setiembre de 2019, se remite el oficio AL-CPEM-606-2019, suscrito por la señora Ana Julia Araya

Alfaro, Jefa a.i. de Área, Asamblea Legislativa, mediante el cual se consulta el proyecto de Ley “ADICIÓN DE UN INCISO 4) AL ARTÍCULO 5 Y DE UN PÁRRAFO SEGUNDO AL ARTÍCULO 34 DE LA LEY CONTRA EL HOSTIGAMIENTO O ACOSO SEXUAL EN EL EMPLEO Y LA DOCENCIA, N° 7476 DE 3 DE FEBRERO DE 1995, LEY PARA GARANTIZAR LA PUBLICIDAD DE LAS SANCIONES FIRMES IMPUESTAS POR CONDUCTAS DE HOSTIGAMIENTO SEXUAL”, expediente legislativo No. 21.466.

2.- A través del oficio GA-1081-2019, recibido el 17 de setiembre de 2019, suscrito por la M.Sc. Marta Baena Isaza, Asesora de la Gerencia Administrativa, vertió criterio técnico en la materia.

III.- CRITERIO JURÍDICO:

1. OBJETO DEL PROYECTO DE LEY.

Lo que propende el proyecto de ley es la adición de un inciso 4) al artículo 5 de la “Ley contra el hostigamiento o acoso sexual en el empleo y la docencia”, para incorporar la obligación de mantener un registro actualizado de las sanciones en firme, impuestas en el centro de trabajo o institución por conductas de hostigamiento sexual, y la posibilidad de que ese registro pueda ser consultado por cualquier persona interesada, resguardando, lógicamente la identidad y los datos personas de las víctimas, así como cualquier otra información sensible para ellas. Además, se plantea que se incorpore un segundo párrafo al artículo 34 de la Ley 7476 para garantizar que la información relativa a las sanciones impuestas por conductas de acoso sexual será de acceso público después de su firmeza.

Para ello, el texto del proyecto consta únicamente de un artículo.

2. INCIDENCIA DEL PROYECTO DE LEY EN LA CCSS.

Debe quedar claro de previo que, el proyecto de ley denominado “Adición de un inciso 4) al artículo 5 y de un párrafo segundo al artículo 34 de la Ley Contra el Hostigamiento o Acoso Sexual en el Empleo y la Docencia, N° 7476 de 3 de febrero de 1995, Ley para garantizar la publicidad de las sanciones firmes impuestas por conductas de hostigamiento sexual”, que gira en torno a que la información relativa a los procedimientos administrativos terminados y sanciones impuestas firmes por conductas de acoso sexual, incluyendo la identidad de las personas sancionadas, sean de acceso público, no afecta ni interfiere en el marco de competencia que le corresponde a la Caja Costarricense de Seguro Social, es decir, el texto propuesto no afecta la autonomía constitucional de la institución (artículo 73), en su condición de responsable de la administración y gobierno de los seguros sociales.

En tal sentido, procede realizar algunas consideraciones respecto a los textos de adición propuestos.

Sobre la propuesta de adición

En el único artículo del proyecto, se propone adicionar un inciso 4) al artículo 5 y de un párrafo segundo al artículo 34 de la Ley N° 7476, Ley Contra el Hostigamiento o Acoso Sexual en el Empleo y la Docencia, en tal sentido, procede citar los textos que se pretenden adicionar, los que se resaltan en negrita, según el siguiente detalle:

<i>Actual</i>	<i>Propuesta</i>
<p data-bbox="269 268 816 741"><i>Artículo 5.- Responsabilidades de prevención. Todo patrono o jerarca tendrá la responsabilidad de mantener, en el lugar de trabajo, condiciones de respeto para quienes laboran ahí, por medio de una política interna que prevenga, desaliente, evite y sancione las conductas de hostigamiento sexual. Con ese fin, deberán tomar medidas expresas en los reglamentos internos, los convenios colectivos, los arreglos directos o de otro tipo. Sin limitarse solo a ellas, incluirán las siguientes:</i></p> <p data-bbox="269 779 816 1140"><i>1) Comunicar, en forma escrita y oral, a las personas supervisoras, representantes, funcionarias y trabajadoras en general sobre la existencia de una política institucional o empresarial contra el hostigamiento sexual. Asimismo, darán a conocer dicha política de prevención a terceras personas cuando así convenga al cumplimiento de los fines establecidos en la presente ley.</i></p> <p data-bbox="269 1144 816 1398"><i>2) Establecer el procedimiento interno, adecuado y efectivo, que permita las denuncias de hostigamiento sexual, garantizando la confidencialidad de las denuncias y el régimen sancionatorio para las personas hostigadoras cuando exista causa.</i></p> <p data-bbox="269 1436 816 1619"><i>Dicho procedimiento en ningún caso, podrá exceder el plazo ordenatorio de tres meses, contados a partir de la interposición de la denuncia por hostigamiento sexual.</i></p> <p data-bbox="269 1656 816 1904"><i>3) Mantener personal con experiencia en materia de prevención del hostigamiento sexual. Además, los patronos podrán suscribir convenios con instituciones u organizaciones públicas o privadas en procura de obtener los conocimientos sobre los alcances de esta Ley.</i></p>	<p data-bbox="833 268 1393 741"><i>Artículo 5- Responsabilidades de prevención. Todo patrono o jerarca tendrá la responsabilidad de mantener, en el lugar de trabajo, condiciones de respeto para quienes laboran ahí, por medio de una política interna que prevenga, desaliente, evite y sancione las conductas de hostigamiento sexual. Con ese fin, deberán tomar medidas expresas en los reglamentos internos, los convenios colectivos, los arreglos directos o de otro tipo. Sin limitarse solo a ellas, incluirán las siguientes:</i></p> <p data-bbox="833 779 889 814"><i>(...)</i></p> <p data-bbox="833 852 1393 1251"><i>4) Mantener un registro actualizado de las sanciones en firme, impuestas en el centro de trabajo o institución por conductas de hostigamiento sexual. Este registro podrá ser consultado por cualquier persona interesada, resguardando la identidad, los datos personales y cualquier otra información sensible de las víctimas. La información se mantendrá en el registro por un plazo de diez años a partir de la firmeza de la respectiva sanción.</i></p>

<p><i>Artículo 34.- Tipos de sanciones. Las sanciones por hostigamiento sexual se aplicarán según la gravedad del hecho y serán las siguientes: la amonestación escrita, la suspensión y el despido, sin perjuicio de que se acuda a la vía correspondiente, cuando las conductas también constituyan hechos punibles, según lo establecido en el Código Penal.</i></p>	<p><i>Artículo 34- Tipos de sanciones. Las sanciones por hostigamiento sexual se aplicarán según la gravedad del hecho y serán las siguientes: la amonestación escrita, la suspensión y el despido, sin perjuicio de que se acuda a la vía correspondiente, cuando las conductas también constituyan hechos punibles, según lo establecido en el Código Penal.</i></p> <p><i>La información relativa a estas sanciones, incluyendo la identidad de las personas sancionadas, será de acceso público, después de la firmeza de las mismas.</i></p>
---	--

Para el debido análisis de la propuesta de adición de los citados artículos, conviene señalar que, los ciudadanos ostentan el derecho fundamental de acceso a la información y documentos públicos, establecido en el ordinal 30 de la Constitución Política, derecho que se concreta a través del principio de publicidad de la actuación pública que implica el acceso a dicha actuación, respecto a información de interés público.

Sobre este particular, la Procuraduría General de la República, en el Dictamen C-107-2019, del 09 de abril del 2019, citando un voto de la Sala Constitucional respecto al derecho de información que sea de interés público, señaló lo siguiente: “Por lo que el ciudadano puede imponerse de la información que concierne a los organismos públicos o que consta en estos en el tanto la información sea pública: “El derecho fundamental que así se consagra tiene como objeto el derecho de información y, por ende, de comunicación de todo aquel asunto que sea de interés público. Es, entonces, comprensivo de todo documento público o de cualquier otra información que conste en las oficinas públicas, a condición de que en su divulgación haya un interés público. Sala Constitucional, resolución N° 928-91 de las 14:54 horas del 14 de mayo de 1991.”

Por lo expuesto, se recomienda no presentar oposición al proyecto de ley dado que no tiene relación alguna con las potestades y funciones de la Caja, lo que pretende es que la información relativa a los procedimientos administrativos terminados y sanciones impuestas firmes por conductas de acoso sexual, incluyendo la identidad de las personas sancionadas, sean de acceso público.

3. CRITERIOS TÉCNICOS.

a.)- Por intermedio del oficio GA-1081-2019, recibido el 17 de setiembre de 2019, la Gerencia Administrativa, vertió criterio técnico en la materia, concluyendo lo siguiente:

“La iniciativa plantea adicionar a la Ley 7476 Ley contra el hostigamiento o acoso sexual en el empleo y la docencia, disposiciones que obliguen a las instituciones a tener un registro público de la identidad de personas investigadas y sancionadas por acoso sexual.

Del análisis integral de la iniciativa parlamentaria se concluye que las disposiciones expuestas, riñen con los principios constitucionales en materia de derechos fundamentales, de protección de datos y autodeterminación informativa.

Al respecto, se hace necesario señalar, que se difiere de lo manifestado por la Gerencia Administrativa, toda vez que el proyecto de ley propende brindar información sobre procedimientos administrativos ya finalizados, los que se constituyen en información de acceso público, en razón de ello, la iniciativa no presenta incidencia con las competencias propias de la Caja ni presenta roces con su autonomía.

IV. PROPUESTA DE ACUERDO:

La Junta Directiva de conformidad con la recomendación de la Dirección Jurídica, según oficio DJ-05494-2019, acuerda:

PRIMERO: *No presentar observaciones al proyecto de ley, dado que no tiene incidencia para la institución, no transgrede las competencias propias, ni presenta roces con la autonomía, otorgadas constitucionalmente a la Caja Costarricense de Seguro Social”.*

Por consiguiente, habiéndose hecho la presentación pertinente por parte de la Licda. Mariana Ovares Aguilar, jefe a.i. del Área de Gestión Técnica y Asistencia Jurídica de la Dirección Jurídica, en cuanto a la consulta relacionada con el proyecto de ley “Adición de un inciso 4) al artículo 5 y de un párrafo segundo al artículo 34 de la Ley Contra el Hostigamiento o Acoso Sexual en el Empleo y la Docencia, N° 7476 de 3 de febrero de 1995, Ley para garantizar la publicidad de las sanciones firmes impuestas por conductas de hostigamiento sexual”, Expediente Legislativo N° 21.466, y con fundamento en lo ahí expuesto, la Junta Directiva - en forma unánime- **ACUERDA** no presentar observaciones al proyecto de ley, dado que no tiene incidencia para la institución, no transgrede las competencias propias, ni presenta roces con la autonomía, otorgadas constitucionalmente a la Caja Costarricense de Seguro Social.

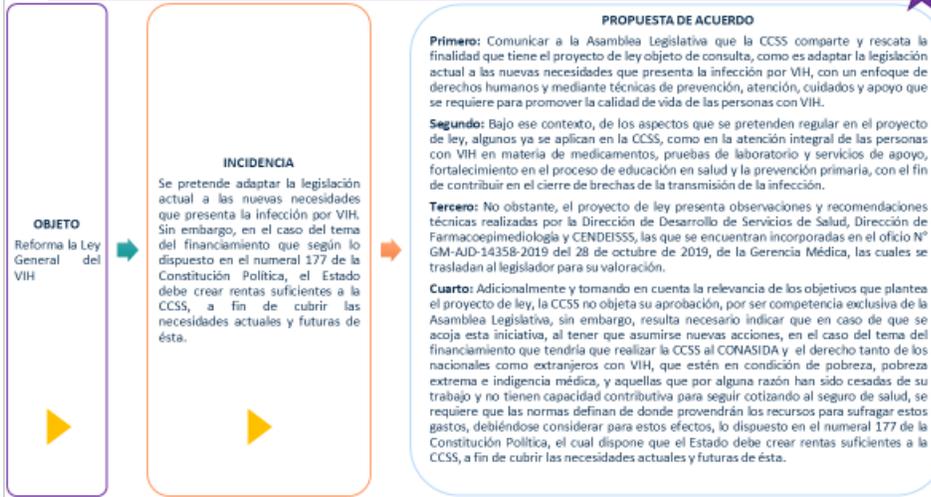
ARTICULO 11°

Se tiene a la vista el oficio número DJ-06134-2019, de fecha 29 de octubre del año 2019, suscrito por el Lic. Gilberth Alfaro Morales, director jurídico c/ rango de subgerente y Licda. Mariana Ovares Aguilar, jefe a.i. del Área de Gestión Técnica y Asistencia Jurídica, Dirección Jurídica, en el que atienden el Proyecto de Ley “Reforma Integral a la Ley General del VIH”, Expediente Legislativo N° 21.031.

La presentación está a cargo del Licda. Mariana Ovares, con base en la siguiente lámina:



Nombre	"Reforma Integral a la Ley General del VIH"
Expediente	21.031
Proponentes del Proyecto de Ley	del María Vita Monge Granados, Marilin Azofeifa Trejos, Jorge Luis Fonseca Fonseca, Catalina Montero Gómez y Patricia Villegas Álvarez.



Lic. Ovares Jiménez:

El primero lo vimos hace un par de semanas, que es la reforma Integral a la Ley General del VIH-SIDA, Ahora la Asamblea nos envía y ya eso está en plenario y nos envía el texto final, el objeto es la reforma integral del proyecto de ley y lo que se pretende es adaptar la legislación a todas las nuevas necesidades que presentan las infecciones por VIH. Básicamente son tres inclusiones, lo nuevo y es el tema de la obligatoriedad del examen de VIH a la mujer embarazada y que eso ya se hace en la Caja, luego se agrega también la prueba de VIH se le debe hacer a la pareja de la mujer embarazada, al papá del bebé si no es la misma persona con la que mantiene la relación que eso también ya se hace porque cualquier persona que vaya se le hace la prueba. Y lo último que eso también ya estaba en el borrador anterior, pero aquí como que se pone de una manera más categórica y es que los extranjeros en condición irregular van a poder acceder a la pensión en salud y tratamientos, en el tanto realizan los trámites para regular sus datos migratorios, entonces en relación con la incidencia básicamente es lo mismo que conversamos la ocasión anterior que es lo relacionado con el artículo 4 y 5 de la propuesta sobre el Consejo Nacional de Atención Integral de CONASIDA (Consejo Nacional de Atención del VIH y el SIDA) que la Ley lo que pretende es que todas las Instituciones que forman parte del Consejo aporten de su presupuesto para financiar al Consejo, lo cual contraviene al artículo 73° Constitucional adicionalmente que el proyecto de ley no contiene estudios técnicos, ni dice por cuáles van a ser las fuentes para financiar el Consejo y lo relacionado con lo que les acabo de comentar de los migrantes, porque el proyecto de ley establece en el artículo 11° que se va a dar atención integral. Todos los derechos que vienen ahí incluidos y toda esa atención integral estaba en la Ley que está vigente, ya la Caja los viene haciendo, pero se abre a que ese derecho es tanto para nacionales y extranjeros, que estén en condición de pobreza, de pobreza extrema y de indigencia médica o incluso aquellas personas que hayan cesado su trabajo se quedan sin ninguna modalidad de aseguramiento, entonces el proyecto de ley lo que dice es que todas estas personas quedarán cubiertas, cuál es la observación nuestra, pues de conformidad con el 177

constitucional debería el Proyecto de Ley definir la fuente de financiamiento y no lo hace, entonces esta observación es reiterada y el último punto de la oposición, que solo lo indica la Gerencia Médica en su criterio técnico es sobre el artículo 34° y la obligación que se tendrá de investigar y desarrollar tratamientos profilácticos y de medicamentos antirretrovirales, porque la Caja no es un negocio, el tema de desarrollo de investigación para este caso en específico. La propuesta de acuerdo si la socializamos y la vimos con la doctora Terwes Posada que estuvo aquí hace dos semanas, que es la Coordinadora Nacional del Programa, consideró lo que se conversó en la sesión anterior de que no podíamos oponernos al Proyecto de Ley pero sí trasladar las observaciones técnicas y adicionalmente oponernos al tema de financiamiento entonces la propuesta de acuerdo quedaría de la siguiente manera el primero comunicar a la Asamblea Legislativa que la Caja comparte y rescata la finalidad que tiene el proyecto de ley objeto de consulta como es adaptar la legislación actual a las nuevas necesidades que presenta la infección por VIH con un enfoque de derechos humanos y mediante técnicas de prevención, atención, cuidados y apoyo que se requiere para promover la calidad de las personas con VIH. Segundo, bajo ese contexto de los aspectos que se pretenden regular en el proyecto de ley, algunos ya se aplican en la Caja como la atención integral de las personas con VIH en materia de medicamentos, pruebas de laboratorio y servicios de apoyo, fortalecimiento en el proceso de educación en salud y la prevención primaria con el fin de contribuir en el cierre de brechas de la transmisión de la infección. Tercero, no obstante el proyecto de ley presenta observaciones y recomendaciones técnicas realizadas por la Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud, Dirección de Farmacoepidemiología y el Centro de Desarrollo Estratégico e Información en Salud y Seguridad Social (CENDEISS), las que se encuentran incorporadas en el oficio GM-AJD-14358-2019 del 18 de octubre del 2019 de la Gerencia Médica, la cual se trasladan al legislador para su valoración y cuando adicionalmente tomando en cuenta la relevancia de los objetivos se plantea el proyecto de ley la Caja no objeta su aprobación por ser competencia exclusiva de la Asamblea Legislativa; sin embargo resulta necesario indicar que en caso de que se acoja esta iniciativa al tener que asumir nuevas acciones en caso del tema de financiamiento que tendría que realizar la Caja al CONASIDA y el derecho tanto de los nacionales como extranjeros con VIH que estén en condición de pobreza, pobreza extrema e indigencia médica y aquellas que por alguna razón han sido cesadas de su trabajo y no tienen capacidad contributiva para seguir cotizando el Seguro de Salud, se recomienda que las normas definan de dónde provendrán los recursos para sufragar estos gastos, debiéndose considerar para estos efectos lo dispuesto en el numeral ciento setenta y siete de la Constitución Política el cual dispone que el Estado debe crear rentas suficientes a la Caja con el fin de cubrir las necesidades actuales y futuras de esto.

Dr. Macaya Hayes:

Entonces, para los extranjeros tienen que ser indigentes.

Lic. Ovares Jiménez:

Pobreza, pobreza extrema, indigencia médica, que de igual manera cuando ellos acuden a los servicios de urgencia y de emergencia se les otorga la atención, el problema es que si no están regularizados no podría dárseles todo el tratamiento antirretroviral y demás hasta tanto regularicen su situación.

Director Salas Chaves:

A mí me preocupa, es una población muy compleja, verdad, y lo que menos queremos es que exista aquí una diseminación del virus, lo que queremos es que al contrario la que sale positiva rápidamente no sea la persona que sirva de contacto con los demás.

Directora Alfaro Murillo:

Comparto totalmente con el doctor Salas, pero mi mayor preocupación son las señales que nosotros mandamos como sistema de Seguridad Social. Las señales que mandamos son que queremos atender y prevenir todo eso y entonces quedamos al servicio. Aquí ya nosotros sabemos que hay gente que viene a recibir servicios y atención de salud por esa misma situación, porque aquí es un derecho humano y no se le niega la atención a nadie, eso quién lo paga, es que yo he discutido el tema de la solidaridad en un sistema en el que los que pagamos somos solidarios con nosotros, pero nadie es solidario con los que pagamos y esa solidaridad es muy rara, todos los que pagamos mensualmente nuestros seguros somos solidarios con los que no pueden, pero entonces con nosotros con los que pagamos ¿quién es solidario? nadie y hemos tenido aquí las cifras de cinco millones, pagamos un millón y entonces, cómo un país pretende que teniendo asegurado, pagando efectivamente entre un veinte y un veinticinco se atiende el cien, de verdad es que aquí todo el mundo cree que crece el dinero en los árboles, sería fantástico si fuera así, pero no es así, yo entiendo que en una enfermedad como esta, el tema de la transmisión es un problema, no es lo mismo que cáncer, no es lo mismo que enfermedades renales, eso te lo entiendo perfectamente, pero los mensajes que mandamos hacen que abramos puertas que vuelven este sistema cada vez más insostenible financieramente, entonces, cuando yo tengo que decidir en esta Institución no darle a un paciente con cáncer el medicamento que le recomienda su médico, porque es muy caro, ejemplo, el compañero de esta Junta que no se le aprobó el medicamento porque es muy caro y yo tengo que pensar que esa persona cotizó toda su vida y entonces viene alguien que sí tiene una enfermedad compleja, pero inmediatamente le damos un set de medicamentos que son súper caros también, donde yo abro esa puerta yo tengo que pensar en todo el resto de la población que tiene una aspiración de salud de atención y que como administradores nosotros tenemos que pensar en esos dos elementos, que hay que balancear, la parte de prevención de contagios mayores versus la parte de atención y de inversión y de recaudación y de incorporación al sistema, entonces yo en todos estos cinco años no he sabido cómo hacer ese balance, no tengo la respuesta, pero sí tengo la inquietud y la tengo como miembro de esta Junta y como asegurada, que durante treinta y ocho años he pagado el seguro mes a mes, no ha habido un mes que no he pagado y prácticamente no uso el servicio, o voy a sacar citas cada dos años, cuando las pesco, ¿y el resto de la población? Yo estoy muy feliz del sistema solidario y yo estoy contenta de haber aportado estos treinta y ocho años mes a mes. Cuando ha sido para otros que han aportado, que están en una situación laboral compleja, pero cuando yo siento que abrimos puertas que se pueden volver inmanejables, me preocupo no puedo evitar preocuparme.

Director Salas Chaves:

Yo también, pero eso está complicado, porque con el SIDA está pasando una situación que hemos vivido con otra, la gente empezó a perderle el miedo, entonces lo que se está viendo es que ha bajado muchísimo la preocupación de la gente, ha bajado la guardia, las conductas humanas son complicadísimas y entonces aquello de que preservativo para todo el mundo, que

todo el mundo instruido, de repente se va volviendo más laxo y ya no es tan grave y ahí hay tratamiento. Por otro lado, los que están enfermos se volvieron crónicos por el tratamiento, entonces tampoco se ve tan grave, como diabético, como hipertenso, como cardiópata, pero no es así, porque en el momento en que eso está ocurriendo la tuberculosis de alta complejidad devolvió la prioridad más grande, porque son personas que tienen un sistema inmunológico deprimido y que son perfectos para que la nueva tuberculosis multirresistente a todo, que no hay tratamiento. Ustedes han visto en Estados Unidos el escándalo que se arma cuando detectan a un paciente tuberculoso de estos multirresistente, que se monta en un avión, no puede andar en avión, porque el aire acondicionado lo que está haciendo es repartir equitativamente por todo lado los virus y las bacterias, entonces es complicado. A mí me parece que un paciente una vez que se infectó nos va a costar un platal.

Doctor Macaya Hayes:

¿Porque no acondicionamos a que se identifique la cuenta de financiamiento?

Director Salas Chaves:

Dada la importancia epidemiológica.

Dr. Macaya Hayes:

Yo le entendí que no nos oponemos, pero identifiquemos, que quede claro que está condicionado a esto, si no se identifican nosotros no la apoyamos.

Director Salas Chaves:

Por nuestra preocupación del problema epidemiológico.

Dr. Cervantes Barrantes:

Ojo con esto, porque el hecho de que tengamos un paciente y que por su naturalidad no le demos el tratamiento, se nos va a volver más caro.

Doctor Macaya Hayes:

Es una situación compleja, pero después viene el que requiere un medicamento de cáncer, el que requiere un tratamiento para una enfermedad rara y salud es salud, ya los migrantes pueden venir.

Director Salas Chaves:

¡Claro! Pero el cáncer no es contagioso.

Directora Alfaro Murillo:

Por eso dije es un tema de salud pública, pero por otro lado si tenés como mencionaste hace un rato el compañero con treinta años, cuarenta años de cotizar y te dicen que no y vos sabés lo que

nos está pasando, yo me voy y pongo una denuncia a la Institución y busco sacar esta tarea porque no se vale. Ahora, yo sí creo en eso que decía don Román, yo sé que Mariana lo pone de manera diplomática, uno lo que le dan gana de decirle a los diputados, señor diputado le solicitamos se haga un poquito más responsable con este tipo de iniciativas y que identifique la fuente que sean recursos reajustos, frescos, esto, lo otro y lo otro, y que hagan un proyecto como Dios manda, porque así como se hicieron no funciona, eso es lo que le dan ganas de mandarles a decir, no nos pongan en esta encrucijada con un tema de estos y después vas y te rasgas las vestiduras y decís lo bonito que lo hiciste, pero lo cierto es que no hay más plata, entonces es como “ubíquese, haga algo que valga la pena”.

Director Salas Chaves:

Ustedes recuerdan lo indispensable de las enfermedades venéreas del Ministerio de Salud, estaban ahí por el Hospital San Juan de Dios, la gente iba.

Directora Alfaro Murillo:

Yo no recuerdo que yo iba.

Director Salas Chaves:

Yo tenía que ir, porque era parte del entrenamiento nuestro, pero entonces resulta que el Ministerio les daba tratamiento a todos, pero era penicilina.

Doctor Macaya Hayes:

El sistema era de cobertura universal, pero con contribución, pero si uno no contribuye alguien del Estado está contribuyendo por uno. Es el sistema, contribución universal, para cobertura universal.

Subgerente Jurídico, Lic. Alfaro Morales:

También una cosa desde el punto de vista jurídico, que para dar esta cobertura la Caja, no necesita una ley, es la competencia de la Caja, el tema de que estando en la competencia de la Caja ella lo dará según las posibilidades financieras de la Caja, pero si la Asamblea quiere regularlo ya tendría entonces que indicar la fuente para que la Caja lo haga. El tema aquí es, prácticamente, financiero, es aclarar, determinar qué prestación se da y cómo se da, es una competencia de la Caja, de la capacidad del gobierno de la administración de los Seguros Sociales, de manera que puede hacerlo por sí misma, es una decisión que la Caja puede tomar dentro de las capacidades financieras que tengan, pero si el legislador ordinario quiere, voy a decirlo así, viene en posición de ley, señalar a la Caja, la Caja podría estar de acuerdo en el tanto señala la fuerza de financiamiento para estos temas. Eso es lo que jurídicamente ahí se señala.

Dr. Macaya Hayes:

Lea otra vez el condicionamiento.

Lic. Ovarés Jiménez:

El cuatro, adicionalmente y tomando en cuenta la relevancia de los objetivos que plantea el proyecto de ley, la Caja no objeta su aprobación por ser competencia exclusiva de la Asamblea Legislativa; sin embargo, resulta necesario indicar que en el caso de que se acoja esa iniciativa al tener que asumir nuevas acciones, en el caso del tema del financiamiento, que tendría que realizar la Caja, el CONASIDA y el derecho tanto de los nacionales como extranjeros con VIH, que estén en condición de pobreza, pobreza extrema, indigencia médica y aquellas que por alguna razón han sido cesadas de su trabajo y no tienen capacidad contributiva, para seguir cotizando al Seguro de Salud, se recomienda que las normas definan de dónde provendrán los recursos para sufragar estos gastos, debiéndose considerar para estos efectos lo dispuesto en el numeral ciento setenta y siete de la Constitución Política, el cual dispone que el Estado debe crear metas suficientes a la Caja a fin de cubrir las necesidades actuales y futuras de esto.

Doctor Macaya Hayes:

Yo cambiaría la palabra se recomienda por se requiere, porque eso lo condiciona más. Claro como es infeccioso, eso es prevención, parte de prevención y eso antes lo asumía el Ministerio de Salud.

Director Salas Chaves:

Pero era penicilina, para gonorrea, sífilis, eran como cuatro.

Dr. Macaya Hayes:

Necesitamos darle una firmeza a este proyecto de ley. Votemos por este. En firme.

Por consiguiente, se tiene a la vista el oficio número DJ-06134-2019, de fecha 29 de octubre del año 2019, suscrito por el Lic. Gilberth Alfaro Morales, director jurídico c/ rango de subgerente y Licda. Mariana Ovarés Aguilar, jefe a.i. del Área de Gestión Técnica y Asistencia Jurídica, Dirección Jurídica, en el que atienden el Proyecto de Ley “*Reforma Integral a la Ley General del VIH*”, Expediente Legislativo N° 21.031. El citado oficio textualmente se lee en estos términos:

“Atendemos el proyecto de ley mencionado en el epígrafe, remitido por la Presidencia Ejecutiva, mediante oficio No. PE-2745-2019 y al respecto, se indica lo siguiente:

I. SINOPSIS:

1	Nombre	<i>“Reforma Integral a la Ley General del VIH”.</i>
	Expediente	<i>21.031.</i>
	Objeto	<i>Regular todas las acciones del Estado costarricense en lo conducente a promover y garantizar una respuesta integral a la epidemia del VIH, en los ámbitos público y privado del país. La atención integral del VIH será de interés público. Las instituciones públicas y privadas deberán asegurar mecanismos expeditos y accesibles para que todas las</i>

		<p><i>personas puedan ejercer sus derechos y deberes en relación con el VIH.</i></p> <p><i>Las acciones relacionadas con la prevención y educación de la salud y la atención integral del VIH deberán garantizar el respeto de los derechos fundamentales de todas las personas, consagrados en la Constitución Política y en los instrumentos internacionales de derechos humanos aplicables en la República.</i></p>
	Proponentes del Proyecto de Ley	<p><i>María Vita Monge Granados, Marilyn Azoifeifa Trejos, Jorge Luis Fonseca Fonseca, Catalina Montero Gómez y Patricia Villegas Álvarez.</i></p>
2	INCIDENCIA	<p><i>La Gerencia Médica con base en los criterios técnicos emitidos por la Dirección de Desarrollo de Salud, Dirección de Farmacoepimiología y CENDEISS, manifestó su oposición al proyecto de ley, al estimar que viene a imponer una serie de obligaciones a la Institución, sin indicar en ninguno de los artículos la fuente de financiamiento para el cumplimiento del mismo, es decir, no se valora la sostenibilidad del sistema de salud como tal.</i></p> <p><i>No obstante, lo anterior, se estima desde el punto de vista legal que el presente proyecto de ley pretende adaptar la legislación actual a las nuevas necesidades que presenta la infección por VIH, con un enfoque de derechos humanos y mediante técnicas de prevención, atención, cuidados y apoyo que se requiere para promover la calidad de vida de las personas con VIH.</i></p> <p><i>En tal sentido, del estudio efectuado al proyecto de ley, en los artículos en los cuales se incluye la participación de la CCSS, se determinó que en gran parte de ellos las acciones estipuladas están siendo realizadas por la Institución y otorgados a los usuarios de los servicios de salud.</i></p> <p><i>Sin embargo, en el caso del tema del financiamiento que tendría que realizar la CCSS al CONASIDA y el derecho tanto de los nacionales como extranjeros con VIH, que estén en condición de pobreza, pobreza extrema e indigencia médica, y aquellas que por alguna razón han sido cesadas de su trabajo y no tienen capacidad contributiva para seguir cotizando al seguro de salud, se recomienda que las normas definan de donde provendrán los recursos para sufragar estos gastos, debiéndose considerar para estos efectos, lo dispuesto en el numeral 177 de la Constitución Política, el cual dispone que el Estado debe crear rentas suficientes a la CCSS, a fin de cubrir las necesidades actuales y futuras de ésta.</i></p>
3	Conclusión y recomendaciones	<p><i>Se recomienda trasladar al legislador las observaciones técnicas realizadas por la Gerencia Médica y lo relacionado con el aspecto financiero al tener que asumir la Institución nuevas acciones sin que indique la norma de donde provendrán los ingresos para asumir los gastos en que se</i></p>

		<p>incurrirán, con base lo dispuesto en el numeral 177 de la Constitución Política, el cual dispone que el Estado debe crear rentas suficientes a la CCSS, a fin de cubrir las necesidades actuales y futuras de ésta.</p>
4	Propuesta de acuerdo	<p>Primero: Comunicar a la Asamblea Legislativa que la CCSS comparte y rescata la finalidad que tiene el proyecto de ley objeto de consulta, como es adaptar la legislación actual a las nuevas necesidades que presenta la infección por VIH, con un enfoque de derechos humanos y mediante técnicas de prevención, atención, cuidados y apoyo que se requiere para promover la calidad de vida de las personas con VIH.</p> <p>Segundo: Bajo ese contexto, de los aspectos que se pretenden regular en el proyecto de ley, algunos ya se aplican en la CCSS, como en la atención integral de las personas con VIH en materia de medicamentos, pruebas de laboratorio y servicios de apoyo, fortalecimiento en el proceso de educación en salud y la prevención primaria, con el fin de contribuir en el cierre de brechas de la transmisión de la infección.</p> <p>Tercero: No obstante, el proyecto de ley presenta observaciones y recomendaciones técnicas realizadas por la Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud, Dirección de Farmacoepimiología y CENDEISSS, las que se encuentran incorporadas en el oficio N° GM-AJD-14358-2019 del 28 de octubre de 2019, de la Gerencia Médica, las cuales se trasladan al legislador para su valoración.</p> <p>Cuarto: Adicionalmente y tomando en cuenta la relevancia de los objetivos que plantea el proyecto de ley, la CCSS no objeta su aprobación, por ser competencia exclusiva de la Asamblea Legislativa, sin embargo, resulta necesario indicar que en caso de que se acoja esta iniciativa, al tener que asumirse nuevas acciones, en el caso del tema del financiamiento que tendría que realizar la CCSS al CONASIDA y el derecho tanto de los nacionales como extranjeros con VIH, que estén en condición de pobreza, pobreza extrema e indigencia médica, y aquellas que por alguna razón han sido cesadas de su trabajo y no tienen capacidad contributiva para seguir cotizando al seguro de salud, se recomienda que las normas definan de donde provendrán los recursos para sufragar estos gastos, debiéndose considerar para estos efectos, lo dispuesto en el numeral 177 de la Constitución Política, el cual dispone que el Estado debe crear rentas suficientes a la CCSS, a fin de cubrir las necesidades actuales y futuras de ésta.</p>

II. ANTECEDENTES:

- A. *Mediante el oficio No. PE-2745-2019, suscrito por la Presidencia Ejecutiva, recibido el 24 de octubre de 2019, se remite la nota No. AL-DSDI-OFI-0126-2019 de fecha 22 de octubre de 2019, del Sr. Señor Edel Reales Noboa, Director Departamento Secretaría del Directorio, Asamblea Legislativa, en el cual solicita criterio en relación con el texto del proyecto de ley “Reforma Integral a la Ley General del VIH”.*
- B. *La Gerencia Médica mediante el oficio N° GM-AJD-14358-2019 del 28 de octubre de 2019, emitió criterio técnico en relación con el proyecto de ley.*

III. CRITERIO JURÍDICO:

1. OBJETO DEL PROYECTO DE LEY.

El proyecto de ley tiene por objeto regular todas las acciones del Estado costarricense en lo conducente a promover y garantizar una respuesta integral a la epidemia del VIH, en los ámbitos público y privado del país.

La atención integral del VIH será de interés público. Las instituciones públicas y privadas deberán asegurar mecanismos expeditos y accesibles para que todas las personas puedan ejercer sus derechos y deberes en relación con el VIH.

Las acciones relacionadas con la prevención y educación de la salud y la atención integral del VIH deberán garantizar el respeto de los derechos fundamentales de todas las personas, consagrados en la Constitución Política y en los instrumentos internacionales de derechos humanos aplicables en la República.

2. INCIDENCIA DEL PROYECTO DE LEY EN LA CCSS.

El proyecto de ley tiene como finalidad reformar la Ley General del VIH y se encuentra fundado en el expediente No. 19243 “Reforma Integral a la Ley General de VIH”, el cual fue archivado por el vencimiento del plazo cuatrienal, por lo que, esta propuesta lo que hace es rescatar el texto que había sido dictaminado por la Comisión Permanente Especial de Derechos Humanos, presentándolo de nuevo ante la corriente legislativa.

El proyecto de ley está conformado por 4 Títulos, distribuidos en 50 artículos y un único transitorio, a saber:

- *Artículo 1- Objetivo de la ley, terminología legal y creación del Conasida.*
- *Artículo 2- Definiciones.*
- *Artículo 3- Creación del Consejo Nacional de Atención Integral del VIH.*
- *Artículo 4- Integración de Consejo Nacional de Atención Integral del VIH (Conasida).*
- *Artículo 5- Financiamiento del Consejo Nacional de Atención Integral del VIH(Conasida).*
- *Artículo 6- Derecho a la participación en los procesos de toma de decisiones.*
- *Artículo 7- Derecho a la vida humana digna y a la libertad e igualdad responsables.*
- *Artículo 8- Derecho a la información.*
- *Artículo 9- Derecho a la consejería.*
- *Artículo 10- Derecho al desarrollo.*

- *Artículo 11- Derecho a la atención integral.*
- *Artículo 12- Derecho a la confidencialidad.*
- *Artículo 13- Confidencialidad laboral.*
- *Artículo 14- Prohibición de discriminación o estigmatización.*
- *Artículo 15- Derecho a la simplificación de trámites de denuncia.*
- *Artículo 16- Acciones de prevención y de atención integral.*
- *Artículo 17- Papel de las organizaciones no gubernamentales*
- *Artículo 18- Derecho de acceso a las intervenciones preventivas profilácticas.*
- *Artículo 19 - Derecho a la prueba de VIH.*
- *Artículo 20- Derecho al consentimiento informado.*
- *Artículo 21- Derecho a la prueba de VIH de las mujeres embarazadas y su pareja.*
- *Artículo 22- Excepciones al consentimiento.*
- *Artículo 23 - Comunicación a la persona con VIH.*
- *Artículo 24 - Medidas universales de bioseguridad.*
- *Artículo 25 - Información epidemiológica.*
- *Artículo 26 -Obligación de reportar resultados.*
- *Artículo 27 -Gratuidad de la donación.*
- *Artículo 28 - Bancos de productos biológicos humanos.*
- *Artículo 29 - Control de los hemoderivados.*
- *Artículo 30 – Uso de sustitutos sanguíneos.*
- *Artículo 31- Obligatoriedad.*
- *Artículo 32- Financiamiento de programas y albergues.*
- *Artículo 33- Reglas en investigaciones.*
- *Artículo 34- Protocolos de salud.*
- *Artículo 35- Tratamientos.*
- *Artículo 36- Obligaciones de los centros de educación y centros penitenciarios.*
- *Artículo 37- Ámbito de niñez y adolescencia.*
- *Artículo 38- Medidas preventivas en las cárceles.*
- *Artículo 39- Atención especializada en salud.*
- *Artículo 40 - Cuidado de la persona menor de edad institucionalizada.*
- *Artículo 41- Prohibición de aislamiento.*
- *Artículo 42- Ejecución de la pena.*
- *Artículo 43- Reclamación por agravios.*
- *Artículo 44 - No discriminación laboral.*
- *Artículo 45- Obligaciones del Ministerio de Trabajo, empleadores públicos y privados, y organizaciones sindicales o gremiales.*
- *Artículo 46- Ámbito familiar.*
- *Artículo 47- Medios de comunicación.*
- *Artículo 48- Sector privado.*
- *Artículo 49- Reformas de la Ley N.º2, Código de Trabajo.*
- *Artículo 50- Supletoriedad.*

Se procedió con la revisión del articulado que compone el proyecto de ley objeto de consulta, con el fin de analizar los numerales en los cuales involucran directamente la participación de la CCSS y de la citada revisión efectuada, se determinaron los siguientes artículos:

- *Los artículos 4 y 5 de la propuesta legislativa hacen alusión a la integración del Consejo Nacional de Atención Integral (Conasida), dentro de estos se estipula la participación de la CCSS y al tema de su financiamiento.*

Al respecto, debe tomarse en cuenta que CONASIDA actualmente se encuentra adscrito al Ministerio de Salud y fue creado por el Reglamento de la Ley General sobre SIDA, en 1999, por lo que, con esta propuesta se pretende elevar a rango legal este Consejo, se cambia su conformación, se fortalecen sus competencias y se establece un mecanismo de financiamiento.

Si bien es cierto, actualmente un representante de la CCSS forma parte de CONASIDA, no existe un deber de la Institución en contribuir con su financiamiento, como con la reforma se pretende introducir, según se indica en el artículo 4 del proyecto de ley, el cual en lo conducente señala:

“Artículo 5- Financiamiento del Consejo Nacional de Atención Integral del VIH (Conasida).

Para la debida implementación de esta ley, las instituciones públicas que integran el Conasida aportarán de manera equitativa los recursos necesarios para conformar el presupuesto institucional del Consejo, a ser implementado por el Ministerio de Salud. La asignación de tales recursos será definida en el reglamento de la presente ley.

(...)

Se autoriza a las instituciones centralizadas y descentralizadas y a las empresas públicas del Estado para que incluyan en sus presupuestos las partidas anuales en materia de VIH y VIH avanzado, o donen fondos, para contribuir con los proyectos aprobados por Conasida. Se autoriza a las instituciones del Estado para que, dentro de su ámbito de competencias de ley, colaboren y aporten recursos humanos, físicos y económicos para la ejecución de esta ley y los programas correspondientes de Conasida.

(...)”.

En relación con lo transcrito se estima que, al no definirse las fuentes de financiamiento para cubrir los egresos adicionales que representaría para el Seguro de Salud, los aportes que tendría que realizar la CCSS al CONASIDA, se recomienda que la norma expresamente así los defina, debiéndose considerar para estos efectos, lo dispuesto en el numeral 177 de la Constitución Política, el cual dispone que el Estado debe crear rentas suficientes a la CCSS, a fin de cubrir las necesidades actuales y futuras de ésta.

Lo anterior, tomando en cuenta que el Constituyente previó una protección reforzada a los recursos destinados a la seguridad social, obligando a crear las rentas suficientes para cubrir las necesidades actuales y futuras del sistema.

Por consiguiente, es claro que, dentro de las garantías constitucionales otorgadas a favor de la CCSS como administradora del sistema de seguridad social, está el deber de dotarla de los recursos suficientes para hacer sostenible el sistema.

- *La propuesta legislativa refiere a los derechos que tiene toda persona y que deberán ser garantizados por el Estado y los servicios de salud, entre estos se señalan el derecho a la*

información” científica y actualizada acerca de VIH (artículo 8), derecho a la consejería, para la toma de las decisiones relacionadas con su salud sexual y reproductiva de manera corresponsable (artículo 9) y el derecho a la confidencialidad como derecho fundamental de las personas con VIH (artículo 12); derecho de acceso a las intervenciones preventivas profilácticas como el acceso oportuno al condón femenino y masculino de calidad en los servicios de salud (artículo 18); derecho de todas las personas a la prueba de VIH (artículo 19); derecho al consentimiento informado para la realización de las pruebas de VIH, para la prescripción de tratamientos y medicamentos, y para la aplicación de procedimientos relacionados con la atención integral de su salud y sus efectos secundarios. y sus excepciones (artículos 20 y 22), los citados derechos se encuentran contemplados en la actual “Ley General sobre el VIH-SIDA” -aunque desarrollados de forma más amplia en el presente proyecto de ley- y los cuales están siendo proporcionados por la CCSS.

- *En cuanto a temas relativos con la comunicación a la persona sobre su estado serológico en relación con el VIH y a sus contactos sexuales pasados y presentes, por parte del personal de atención en salud pública (artículo 23); la obligación de reportar resultados confirmatorios de las pruebas positivas de VIH (artículo 26); el uso de sustitutos sanguíneos para evitar o prevenir la transmisión del VIH (artículo 30); la obligatoriedad de atención integral a las personas usuarias con VIH (artículo 31); las reglas en investigaciones relativas al VIH (artículo 33); medidas preventivas en las cárceles para disminuir el riesgo de transmisión del VIH (artículo 38); la atención especializada en salud a las personas privadas de libertad debido a complicaciones causadas por el VIH (artículo 39), prevención del VIH en el ámbito de la niñez y adolescencia (artículo 37), ya se encuentran contemplados en la “Ley General sobre el VIH-SIDA” y estos servicios y acciones la Institución los está suministrando.*
- *En lo que respecta al derecho a la atención integral en salud (artículo 11), si bien es cierto, está contemplado actualmente “Ley General sobre el VIH-SIDA” en el numeral 7, el contenido actual del artículo se modifica de forma considerable, pues se incluye el derecho tanto de los nacionales como extranjeros con VIH, que estén en condición de pobreza, pobreza extrema e indigencia médica, y aquellas que por alguna razón han sido cesadas de su trabajo y no tienen capacidad contributiva para seguir cotizando al seguro de salud, a que se les continúe brindando, sin interrupción, la atención integral y el tratamiento a las personas con VIH, como medida de prevención y a razón de salud pública, de conformidad con el artículo 162 de la Ley N.º 5395, Ley General de Salud, de 30 de octubre de 1973; reforma la cual se considera importante acotar que, se omite en indicar en esta propuesta legislativa a quién le corresponderá el financiamiento de los programas y la cobertura integral del VIH, que se pretende realizar, ya que no hace mención a que precisamente el Estado sea quien le corresponderá cubrir a las personas que carecen de algún tipo de aseguramiento, para garantizar la efectividad de dicha propuesta.*
- *Dentro de las reformas que se pretenden introducir se encuentran el tema de los protocolos de salud, donde se señala que la CCSS deberá proveer tratamiento antirretroviral de emergencia en los establecimientos de salud a las personas víctimas de violencia sexual y en el caso de los accidentes laborales, en las que han sido o podrían ser expuestas a riesgo de infección por el VIH, la responsabilidad de proveer la terapia antirretroviral estará a cargo del Instituto Nacional de Seguros (artículo 34).*

En cuanto a los tratamientos, se indica en el proyecto de ley que, la CCSS deberá investigar y desarrollar, los tratamientos profilácticos y los medicamentos antirretrovirales, garantizando estándares de calidad, de manera oportuna, de acuerdo con las normas institucionales de seguridad farmacológica y con los respectivos protocolos de atención, sobre estos aspectos la Institución actualmente no los realiza, por lo que, es conveniente mencionar que estas actividades podrían ser otorgadas por la Institución, pero conforme con sus posibilidades técnicas y financieras.

De acuerdo con lo esgrimido anteriormente, permite establecer que el presente proyecto de ley pretende adaptar la legislación actual a las nuevas necesidades que presenta la infección por VIH, con un enfoque de derechos humanos y mediante técnicas de prevención, atención, cuidados y apoyo que se requiere para promover la calidad de vida de las personas con VIH.

En tal sentido, del estudio efectuado al proyecto de ley, en los artículos en los cuales se incluye la participación de la CCSS, se determinó que en gran parte de ellos las acciones estipuladas están siendo realizadas por la Institución y otorgados a los usuarios de los servicios de salud. No obstante, a lo anterior, en el caso del tema del financiamiento que tendría que realizar la CCSS al CONASIDA y el derecho tanto de los nacionales como extranjeros con VIH, que estén en condición de pobreza, pobreza extrema e indigencia médica, y aquellas que por alguna razón han sido cesadas de su trabajo y no tienen capacidad contributiva para seguir cotizando al seguro de salud, se recomienda que las normas definan de donde provendrán los recursos para sufragar estos gastos, debiéndose considerar para estos efectos, lo dispuesto en el numeral 177 de la Constitución Política, el cual dispone que el Estado debe crear rentas suficientes a la CCSS, a fin de cubrir las necesidades actuales y futuras de ésta.

IV. CRITERIOS TÉCNICOS:

Gerencia Médica.

La Gerencia Médica mediante el N° GM-AJD-14358-2019 del 28 de octubre de 2019, emitió criterio, el cual en lo conducente indica:

“Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud (Oficio DDSS-3990-19 de fecha 28 de octubre de 2019).

“En atención oficio PE 2745-2019 remito las observaciones realizadas al documento del ASUNTO.

“Respecto al contenido del documento, se solicita modificar los siguientes artículos:

a) En el artículo con el título de "Definiciones" página 6, inciso P, en lugar de escribir: "El VIH destruye e inhibe la capacidad del organismo para combatir la infección y la enfermedad, y en última instancia causa el sida" se debe redactar de la siguiente manera: "Este virus infecta a las células del sistema inmunitario, alterando o anulando su función".

b) Artículo 5, página 6-Financiamiento del Consejo Nacional de Atención Integral del VIH (CONASIDA) que textualmente dice (...)Para la debida implementación de esta ley, las instituciones públicas que integran el Conasida aportarán de manera equitativa los recursos necesarios para conformar..."

En este sentido, desde hace varios años la Caja viene invirtiendo recursos en forma continua y sostenible en materia de medicamentos, pruebas de laboratorio, condones, material educacional y capacitación.

c) *En el artículo 11, página 8, segundo párrafo - Derecho a la Atención Integral que textualmente dice:*

“Las personas con VIH, tanto nacionales como extranjeras, que estén en condición de pobreza, pobreza extrema e indigencia médica, y aquellas que por alguna razón han sido cesadas de su trabajo y no tienen capacidad contributiva para seguir cotizando al seguro de salud, tienen derecho a que se les continúe brindando, sin interrupción, la atención integral y el tratamiento a las personas con VIH, como medida de prevención y a razón de salud pública, de conformidad con el artículo 162 de la Ley N.º 5395, Ley General de Salud, de 30 de octubre de 1973.”

Incluir al final del párrafo "las personas extranjeras en condición migratoria irregular en tanto no regularicen su condición migratoria, podrán ser atendidos en los servicios de urgencias o emergencias médica."

d) *En el Artículo 16- página 9, primer párrafo - Acciones de prevención y de atención integral, textualmente dice (...)El Estado destinará recursos para el desarrollo de programas de promoción de la salud y estilos de vida saludable, prevención y atención en relación con el VIH, con especial atención a la población Pemar; así como para la creación y el fortalecimiento de albergues para la atención de las personas con VIH o VIH avanzado, que requieran apoyo, según los lineamientos del Ministerio de Salud, en coordinación con el Patronato Nacional de la Infancia (PANI) y el Instituto Nacional de la Mujer (INAMU)...*

Agregar al final del párrafo: y la Caja Costarricense de Seguro Social

e) *En el artículo 17, página 10, primer párrafo, textualmente dice “Las organizaciones no gubernamentales podrán prestar el apoyo a las autoridades de salud, con el fin de garantizar mejores resultados en las acciones relacionadas con la prevención y atención del VIH.*

Sustituir la palabra podrán por deberán”.

f) *Artículo 20 página 10, primer párrafo: Derecho al consentimiento informado textualmente dice (...) Todas las personas tienen derecho a dar su consentimiento informado en forma objetiva y veraz para la realización de las pruebas de VIH, para la prescripción de tratamientos y medicamentos, y para la aplicación de procedimientos relacionados con la atención integral de su salud y sus efectos secundarios. Este consentimiento deberá constar en el expediente médico y tendrá carácter confidencial.*

Incluir al final del párrafo: El consentimiento informado para la realización de la prueba debe ser esencialmente oral, no requiere existencia legal de un documento escrito como requisito para su realización.

g) *Artículo 21, página 10, segundo párrafo-Derecho a la prueba de VIH de las mujeres embarazadas y su pareja, textualmente dice (...) Todas las mujeres embarazadas tienen derecho a la información clara y precisa para realizarse la prueba de diagnóstico de VIH, tanto sobre su propia salud como la de la persona por nacer, de manera eficiente y oportuna y con consentimiento informado para su realización, habiendo recibido, previamente, una consejería integral. Igualmente, se le deberá ofrecer la prueba a su pareja, bajo las mismas condiciones.*

Agregar al final de este párrafo: Ninguna prueba deberá prescribirse sin la debida orientación y consejería previa.

h) En el artículo 22, página 11, inciso e- Excepciones al consentimiento.

Agregar al final del inciso e...la gestante deberá recibir orientación y consejería esencialmente oral, sin requerir la existencia legal de un documento como requisito del proceso

i) Artículo 35, página 15, primer párrafo- Tratamientos

Textualmente dice (...) La Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) deberá investigar, desarrollar, importar, comprar y mantener en existencia y suministrar los tratamientos profilácticos y los medicamentos antirretrovirales, garantizando estándares de calidad, de manera oportuna, de acuerdo con las normas institucionales de seguridad farmacológica y con los respectivos protocolos de atención.

Eliminar las palabras.... Desarrollar.

Conclusiones y Recomendaciones:

La Caja ha venido invirtiendo en forma sostenida y continua en la atención integral de las personas con VIH en materia de medicamentos, pruebas de laboratorio y servicios de apoyo, actualmente ha venido fortaleciendo el proceso de Educación en salud y la prevención primaria con el fin de contribuir en el cierre de brechas de la transmisión de la infección, no obstante en el marco de las regulaciones y normativas vigentes en la Caja Costarricense de Seguro Social está claramente estipulado que las personas extranjeras en condición migratoria no regular e indocumentadas deben hacer las gestiones respectivas ante la autoridad competente y en tanto dichas personas no tengan una condición migratoria regularizada como lo establece la ley, solo podrán ser atendidas en los servicios de urgencia o emergencia médica.

Lo contrario y como está redactado en este expediente, promueve a la Caja a establecer y fomentar la desigualdad e inequidad en el acceso por otras patologías inclusive de mayor prevalencia e impacto en la salud pública como lo son cáncer y los accidentes de tránsito.

Así mismo se incurre a generar una afectación económica que desemboque en un gasto proporcionalmente significativo para las arcas financieras institucionales y del Estado reconocemos que esta Reforma robustece los procesos de Promoción y Prevención de la infección.

No obstante, basados en las normativas y regulaciones vigentes institucionales contempladas en todas las observaciones realizadas por la Institución en este expediente NOS oponemos a la Reforma de Proyecto de Ley.

Viabilidad e Impacto.

Para la Institución es fundamental establecer dentro del proyecto de esta Reforma de Ley las fuentes de financiamiento para garantizar la sostenibilidad financiera de este evento de salud.

Dado que este Proyecto propone una serie de aspectos técnicos no acordes a la regulaciones y normativas vigentes de la Institución y carece de fuente de financiamiento, lo hacen NO viable para su implementación en la Institución.”

Dirección de Farmacoepidemiología (Oficio DFE-0462-10-19 de fecha 28 de octubre de 2019).

“Resumen ejecutivo *La presente ley tiene por objeto regular todas las acciones del Estado costarricense en lo conducente a promover y garantizar una respuesta integral a la epidemia del VIH, en los ámbitos público y privado del país. La atención integral del VIH será de interés público. Las instituciones públicas y privadas deberán asegurar mecanismos expeditos y accesibles para que todas las personas puedan ejercer sus derechos y deberes en relación con el VIH.*

Incidencia en la Institución:

DESDE LA PERSPECTIVA CIENTÍFICO- TÉCNICA.

ARTÍCULO 5- FINANCIAMIENTO DEL CONSEJO NACIONAL DE ATENCIÓN INTEGRAL DEL VIH (CONASIDA).

Para la debida implementación de esta ley, las instituciones públicas que integran el Conasida aportarán de manera equitativa los recursos necesarios para conformar el presupuesto institucional del Consejo, a ser implementado por el Ministerio de Salud. La asignación de tales recursos será definida en el reglamento de la presente ley.

Al respecto, debe considerarse que la CCSS es la única institución pública que brinda la atención integral a los pacientes con VIH, destinando partidas específicas para compra de insumos y medicamentos y la contratación del personal para brindar esta atención, por lo que obligar a la CCSS a destinar recursos adicionales para financiar el Conasida supondrá un aumento en los costos de la atención del VIH o el eventual recorte de presupuesto de otras de las partidas mencionadas para cumplir con el financiamiento de dicha instancia.

ARTÍCULO 11- DERECHO A LA ATENCIÓN INTEGRAL.

En el segundo párrafo dice así:

“Las personas con VIH, tanto nacionales como extranjeras, que estén en condición de pobreza, pobreza extrema e indigencia médica...”

Es importante agregar que las personas VIH extranjeras que tengan condición migratoria regular.

ARTÍCULO 23 - COMUNICACIÓN A LA PERSONA CON VIH.

En el segundo párrafo dice lo siguiente:

“Cuando la persona con VIH no quiera o no pueda comunicar su estado seropositivo a sus contactos sexuales, el personal de atención en salud, público y privado, en atención de los protocolos que establezca el Ministerio de Salud y la Caja Costarricense de Seguro Social deberá realizar todas las gestiones, a fin de lograr dicha notificación a todos sus contactos sexuales, pasados y presentes...”.

En este punto es importante agregar en el cuarto renglón que el personal de atención en salud deberá realizar todas las gestiones posibles..., ya que no se puede obligar a nadie a lo imposible.

ARTÍCULO 35- TRATAMIENTOS.

La Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) deberá investigar, desarrollar, importar, comprar y mantener en existencia y suministrar los tratamientos profilácticos y los medicamentos antirretrovirales, garantizando estándares de calidad, de manera oportuna, de acuerdo con las normas institucionales de seguridad farmacológica y con los respectivos protocolos de atención.

Al respecto, debe considerarse que el quehacer de la institución, en este momento no contempla la parte del desarrollo e investigación de fármacos, como lo sería el desarrollar estudios desde fases preclínicas y clínicas, por lo que esta parte inicial debe eliminarse.

(...)

Viabilidad e impacto que representa para la institución: Impacto negativo

Implicaciones operativas para la Institución: De diversa índole.

Impacto financiero para la Institución, según su ámbito de competencia: A pesar de no ser de un tema directo de nuestro ámbito de competencia, consideramos que hay un impacto financiero negativo, en cuanto a que la CCSS debe destinar recursos para financiar al Conasida, según lo que señala el artículo 5 de esta ley y, por otra parte, a tener que destinar -en forma irrestricta- para la adquisición de medicamentos antirretrovirales para nacionales como extranjeros (sin establecerse expresamente que los extranjeros deberán encontrarse en condición migratoria legal) en condición de pobreza, pobreza extrema e indigencia médica.

Conclusiones: Esta ley ya aprobada en primer debate debe ser revisada nuevamente con las observaciones de la CCSS y una vez que se tenga la nueva versión donde se incluya las aristas referidas por la institución, debe ser remitido nuevamente el proyecto a la institución para su respectiva revisión.

Recomendaciones: Solicitar que el presente proyecto de ley no sea aprobado, si no se hacen los ajustes que está solicitando la CCSS realizar.

Indicación si la Institución debe o no oponerse al proyecto: Debe oponerse

Estos aspectos señalados son los que pueden tener efectos o implicaciones sobre el accionar técnico y administrativo de la institución en cuanto al campo específico que compete a esta Dirección.”

CENDEISSS (Oficios CENDEISSS-DE-08912-2019 y CENDEISSS-AB-6684-2019 ambos de fecha 28 de octubre de 2019)

“Como ya bien se anotó en el oficio CENDEISSS-AB-6684-2019, el tema que se pretende regular por medio de esta Ley es complejo por la pluralidad de valores y principios en posible conflicto a atender, y entre los cuales se destacan -sin ánimo exhaustivo- el principio de confidencialidad, privacidad, el principio de exactitud, el principio de no abandono, y el derecho a la información adecuada y oportuna entre otros¹, los cuales deben responder a particulares presupuestos en materia de salud pública, para lograr una adecuada ponderación de principios, y así garantizar tanto la no discriminación como el resguardo a la salud de terceras personas, entre tantos supuestos que se pueden presentar en esta materia.

I. Sobre el marco introductorio del proyecto de Ley Expediente N° 21.031, denominado, “Reforma Integral a la Ley General Del VIH”.

Como se mencionó en el oficio CENDEISSS-AB-6684-2019, el texto adolece de un marco introductorio que contenga una adecuada exposición de motivos, los fundamentos para proponer un proyecto de ley de esta naturaleza y los considerandos, así como los ejes rectores, principios y derechos a ser custodiados por esta propuesta de marco normativo.

1.1 Sobre el texto articulado.

(...)

Así las cosas, el Área de Bioética recomienda nuevamente modificar el inciso c) en el artículo 2, para que se lea de la siguiente manera:

Consentimiento informado. *Es un proceso de comunicación continua, predominantemente oral, entre los funcionarios de salud y la persona usuaria, que reconoce el derecho de ésta a participar activamente en la toma de decisiones, respecto a los procedimientos preventivos, diagnósticos, terapéuticos o de investigación biomédica, todos los anteriores relacionados con su salud, según sea así requerido por criterio profesional calificado. Se entiende, en primer lugar, como el derecho de la persona usuaria a obtener información y explicaciones adecuadas de la naturaleza de su condición o enfermedad, y del balance entre los beneficios y los riesgos de los procedimientos clínicos recomendados; y, en segundo lugar, como el derecho de la misma persona usuaria a consentir o no el procedimiento clínico recomendado. Debe obtenerse con obligatoriedad de manera previa a la realización de un procedimiento clínico específico.*

En este sentido, el paciente ejerce un rol proactivo en la atención de los procesos de salud-enfermedad en los que se ve inserto, y, de esta manera, con base en la información que se le brinda, da o no su autorización para que se le administre

¹LEÓN CORREA, F., “Fundamentos y principios de bioética clínica, Institucional y Social”, *Acta Bioethica* 2009; 15 (1): 70-78.

un determinado tratamiento médico o examen diagnóstico, y en este último caso, no sea el consentimiento informado entendido como un documento escrito un obstáculo o barrera en sí mismo para que una mayor cantidad de personas se practiquen el examen diagnóstico.

La definición propuesta se recoge del Reglamento de Consentimiento Informado, publicado La Gaceta N° 214 Del 6 de noviembre de 2012, y vigente en la Caja Costarricense de Seguro Social.

(...)

Por último, con respecto al artículo 2 de definiciones, se recomienda anotar alusión alguna a los principios de confidencialidad² y privacidad, así como de los conceptos de “prevención” y “promoción de la salud” en materia de VIH/SIDA, como ejes rectores de una ley que cobijará políticas y programas en la materia.

En relación con el Artículo 5- que versa sobre el financiamiento de CONASIDA, se estipula una obligatoriedad para la Caja Costarricense de Seguro Social, por cuanto y en virtud del principio de Justicia distributiva y sostenibilidad del sistema, se recomienda que la Gerencia Médica en conjunto con la Gerencia Financiera de la Institución analicen el aporte que la misma puede realizar a este ente -CONASIDA-, en virtud que dicho órgano funciona mediante decreto ejecutivo en la actualidad.

Continuando con el artículo 9, que reza:

“Derecho a la consejería. Toda persona tiene derecho a recibir consejería para obtener información, orientación, apoyo y acompañamiento psicosocial antes y después de la prueba del VIH, así como durante el tratamiento de la enfermedad, para la toma de las decisiones relacionadas con su salud sexual y reproductiva de manera corresponsable”.

Se recomienda agregar al acompañamiento psicosocial “la atención médica”, para englobar las tres esferas de atención: psicológica, social y biológica.

En el segundo párrafo del artículo 11, se puede apreciar una repetición de las palabras “a las personas con VIH”, como se resalta, por lo que se sugiere eliminar.

(...)

También, y por el fondo, es importante considerar lo que desde la óptica de la Bioética constituye el principio de Justicia Distributiva, asimismo bajo el principio de “Responsabilidad Política” enunciado por León Correa³, se hace imperativo analizar desde el punto de vista técnico-médico y financiero el abordaje que se le brinde a extranjeros o migrantes en condición de irregularidad así como a aquellos que transitan de manera temporal, dada la

²Bioética para Clínicos: Júdez J, Nicolás P, Delgado M^a T, Hernando P, Zarco J, Granollers S. La confidencialidad en la práctica clínica: confidencialidad, historia clínica, la información. Med Clin (Barc) 2002; 118 (1): 18-37.

³LEÓN CORREA, F., “Fundamentos y principios de bioética clínica, Institucional y Social”, *Acta Bioethica* 2009; 15 (1): 70-78.

resistencia que el virus puede desarrollar ante inadecuada adherencia terapéutica afectando los principios de Beneficencia y No-maleficencia.

De igual manera, considerando que por lo general el diagnóstico en las personas migrantes es más tardío, lo que empeora no solo el pronóstico individual sino también el mantenimiento de la epidemia en la población⁴, bajo el principio bioético de Protección aplicable a la salud pública, debe considerarse la adopción de medidas preventivas para evitar nuevos casos y proporcionar una atención de salud accesible y adaptada a esa condición migratoria.

*En el artículo 12 un error de semántica, ya que se lee “la respectiva persona VIH”, cuando se considera correcto leer “la respectiva persona **con** VIH”, de la mano con las definiciones anotadas en el artículo 2.*

En cuanto al artículo 20- Derecho al consentimiento informado, que reza: “Todas las personas tienen derecho a dar su consentimiento informado en forma objetiva y veraz para la realización de las pruebas de VIH, para la prescripción de tratamientos y medicamentos, y para la aplicación de procedimientos relacionados con la atención integral de su salud y sus efectos secundarios. Este consentimiento deberá constar en el expediente médico y tendrá carácter confidencial”.

Si se analizan integralmente tanto el inciso c) del artículo 2 como el numeral 20, y dado que el denominado “Formulario” de consentimiento informado según la teoría⁵ se utiliza en tres presupuestos, a saber:

- 1. Intervenciones quirúrgicas.*
- 2. Procedimientos que suponen riesgos o inconvenientes de notoria y previsible repercusión negativa sobre la salud de la persona usuaria.*
- 3. Procedimientos que la ley establezca.*

Así las cosas, si bien resulta fundamental que el profesional de la salud solicite la autorización -previa información- al paciente, el Área de Bioética no estima oportuno el llenado de un formulario específico para someterse a la prueba diagnóstica de VIH, ya que no se cumplen ninguno de los presupuestos señalados por la teoría. Por lo tanto, se considera que el texto de la propuesta de ley debe llamar a la oralidad del proceso de consentimiento informado, y únicamente registrar mediante nota del médico en el expediente físico de salud o (EDUS) que la persona ha autorizado la prueba.

Prosiguiendo en orden, debe señalarse con respecto al artículo 20 que establece el derecho al consentimiento informado, que se encuentra en el mismo un vacío, ya que no se menciona en el proyecto de ley la figura del “Asentimiento

⁴ Monge Susana, Pérez José. Infección por el VIH e inmigración. Elsevier Vol. 34. Núm. 7. páginas 431-438 (Agosto - Septiembre 2016)

⁵FADEN RR, BEAUCHAMP TL., *A History and a Theory of Informed Consent*, New York: Oxford University Press; 1986.

Informado”, como aquel proceso prestado a las personas menores de edad o bien el consentimiento informado adaptado a las personas con discapacidad. Término que se recomienda definir en el artículo 2 Definiciones, de la siguiente manera:

Asentimiento informado. *Aceptación, por parte de la persona menor de edad, del procedimiento clínico recomendado por el profesional de la salud.*

Esta definición se recoge del Reglamento de Consentimiento Informado, publicado La Gaceta N.º 214 del 6 de noviembre de 2012, y vigente en la Caja Costarricense de Seguro Social.

En la misma línea el artículo 20 resulta impreciso, ya que no logra definir si el proceso de consentimiento informado -que debe ser esencialmente oral o por medios alternativos de comunicación- va a requerir por existencia legal un documento escrito⁶ como “carga de prueba” o requisito del proceso.

En la misma línea de ideas, el numeral 21 del expediente N° 21.031, bajo análisis, establece un “consentimiento informado”, que entendido como un documento escrito -bajo la definición del inciso c) del artículo 2-, puede constituirse en una barrera, cuando por el contrario el consentimiento informado responde a la armonía de los principios bioéticos⁷. En este punto, y para evitar posibles interpretaciones futuras, se recomienda entender el consentimiento informado como un proceso verbal, el cual debe quedar registrado en el expediente de salud con una nota del médico prescriptor de la prueba diagnóstica, esto con el fin de favorecer una mayor demanda de pruebas y con ello una temprana detección del VIH, sobre todo en población de mujeres gestantes.

En el artículo 22 que establece las excepciones al consentimiento, se recomienda armonizar con respecto al numeral 21, dado que en el inciso e) del artículo 22 que reza como excepción al consentimiento informado “Cuando la mujer esté en período de gestación”.

Puede observarse como el numeral 21 concede a la mujer gestante el derecho al consentimiento informado para realizarse la prueba diagnóstica, mientras el inciso e) del artículo 22 asigna la obligatoriedad a la mujer embarazada de efectuarse la prueba.

Así las cosas, se considera importante, eliminar de las excepciones al consentimiento informado a la mujer gestante, y otorgar un mayor valor a la consejería, a la mediación sanitaria, y no a la obligatoriedad y entrada en conflicto de principios y derechos fundamentales, que en última instancia y en el menor número de casos será un juez de la República quien disipe el caso.

⁶FADEN R, BEAUCHAMP TL., A History and Theory of Informed Consent, Nueva York: Oxford University Press, 1986.

⁷BEAUCHAMP T. L., Y CHILDRESS J. F., *Principles of Biomedical Ethics*, 4ª edición, New York, Oxford, Oxford University Press, 1994.

Asimismo, esta Área recomienda abrir el debate en torno a la obligatoriedad de realizar la prueba de VIH cuando medie orden judicial.

En el artículo 23- Comunicación a la persona con VIH. Deben incluirse otros tipos de contactos y no solo los sexuales, sino aquellos relacionados con cualquier vía de transmisión del VIH.

En cuanto al artículo 32, que versa sobre los Albergues de Atención, se sugiere ampliar esta ayuda a los familiares o cuidadores, en casos especiales de menores de edad, personas con discapacidad y personas adultas mayores, que requieren de un acompañante en contextos particulares.

Por su parte los redactores del proyecto de ley recogieron la recomendación efectuada el artículo 33 -antes 34- de señalar la Ley N° 9234 denominada Ley Reguladora de Investigación Biomédica, en lo referente a investigación biomédica en las personas con VIH.

Se sugiere en el artículo 34, cambiar la denominación “Protocolos de Salud”, por “Documentos de normalización técnica”, concepto más amplio que involucra no solo los protocolos de atención sino también guías de práctica clínica, lineamientos, directrices, entre otros.

En el artículo 35-Tratamientos. Nuevamente se omite hacer mención de la Ley N° 9234, denominada Ley Reguladora de Investigación Biomédica.

El artículo 39- reza lo siguiente:

“Atención especializada en salud. Las personas privadas de libertad que requieran atención sanitaria especializada debido a complicaciones causadas por el VIH y sida que no puedan ser atendidas en el centro de reclusión respectivo, deberán recibir tratamiento ambulatorio, internamiento hospitalario o la solución que resulte necesaria e indispensable”.

Se sugiere en base a los principios de justicia distributiva y beneficencia que al final del artículo se agregue “a criterio del médico tratante” o bien “por indicación del profesional en salud”, ya que este tipo de atención se realiza bajo criterio técnico.

Se recomienda en el artículo 50- correspondiente a la Supletoriedad agregar las legislaciones correspondientes a la Ley N° 9234, Reguladora de Investigación Biomédica y la Ley N° 9222 de Donación y Trasplante de Órganos y Tejidos Humanos.

Por último, se recomienda que los redactores valoren de la mano con los especialistas de la Caja Costarricense de Seguro Social y del Ministerio de Salud -delegados por la autoridad competente-incluir lo referente a las denominadas “pruebas rápidas” y todas aquellas pruebas que debidamente aprobadas por el Ministerio de Salud puedan llegar a utilizarse para un diagnóstico precoz.

En la misma línea, debe valorar la disposición de los tratamientos post-exposición o aquellos esquemas farmacológicos profilácticos pre-exposición al

VIH, que tanto el Ministerio de Salud como la Caja Costarricense de Seguro Social aprueben.

II. Conclusión.

Como puede observarse, el proyecto de ley tramitado bajo el expediente N.º 21.031, continúa adoleciendo en ciertos puntos, siendo de los más relevantes el tema de “Consentimiento Informado”.

III. Recomendación.

Así las cosas, esta Área sugiere diferir el proyecto de Ley tramitado bajo el expediente N.º 21.031 denominado, “Reforma Integral a la Ley General Del VIH”, hasta incorporar en las recomendaciones aquí planteadas, con el fin de lograr una armonía de los principios bioéticos.

Con base en lo señalado por las instancias técnicas, la Gerencia Médica recomienda oponerse al Proyecto de Ley debido a los aspectos técnicos mencionados, asimismo indica que el proyecto de ley analizado viene a imponer una serie de obligaciones a la Institución, sin indicar en ninguno de los artículos la fuente de financiamiento para el cumplimiento del mismo, es decir, no se valora la sostenibilidad del sistema de salud como tal.

De igual forma, manifiesta la Gerencia Médica que la CCSS ha venido invirtiendo en forma sostenida y continua en la atención integral de las personas con VIH en materia de medicamentos, pruebas de laboratorio y servicios de apoyo, actualmente ha venido fortaleciendo el proceso de Educación en salud y la prevención primaria con el fin de contribuir en el cierre de brechas de la transmisión de la infección, no obstante en el marco de las regulaciones y normativas vigentes en la Caja Costarricense de Seguro Social está claramente estipulado que las personas extranjeras en condición migratoria no regular e indocumentadas deben hacer las gestiones respectivas ante la autoridad competente y en tanto dichas personas no tengan una condición migratoria regularizada como lo establece la ley, solo podrán ser tendidas en los servicios de urgencia o emergencia médica.

PROPUESTA DE ACUERDO.

La Junta Directiva de conformidad con la recomendación de la Dirección Jurídica, según oficio No. DJ-06134-2019, acuerda:

Primero: *Comunicar a la Asamblea Legislativa que la CCSS comparte y rescata la finalidad que tiene el proyecto de ley objeto de consulta, como es adaptar la legislación actual a las nuevas necesidades que presenta la infección por VIH, con un enfoque de derechos humanos y mediante técnicas de prevención, atención, cuidados y apoyo que se requiere para promover la calidad de vida de las personas con VIH.*

Segundo: *Bajo ese contexto, de los aspectos que se pretenden regular en el proyecto de ley, algunos ya se aplican en la CCSS, como en la atención integral de las personas con VIH en materia de medicamentos, pruebas de laboratorio y servicios de apoyo, fortalecimiento en el*

proceso de educación en salud y la prevención primaria, con el fin de contribuir en el cierre de brechas de la transmisión de la infección.

Tercero: *No obstante, el proyecto de ley presenta observaciones y recomendaciones técnicas realizadas por la Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud, Dirección de Farmacoepidemiología y CENDEISSS, las que se encuentran incorporadas en el oficio N° GM-AJD-14358-2019 del 28 de octubre de 2019, de la Gerencia Médica, las cuales se trasladan al legislador para su valoración.*

Cuarto: *Adicionalmente y tomando en cuenta la relevancia de los objetivos que plantea el proyecto de ley, la CCSS no objeta su aprobación, por ser competencia exclusiva de la Asamblea Legislativa, sin embargo, resulta necesario indicar que en caso de que se acoja esta iniciativa, al tener que asumirse nuevas acciones, en el caso del tema del financiamiento que tendría que realizar la CCSS al CONASIDA y el derecho tanto de los nacionales como extranjeros con VIH, que estén en condición de pobreza, pobreza extrema e indigencia médica, y aquellas que por alguna razón han sido cesadas de su trabajo y no tienen capacidad contributiva para seguir cotizando al seguro de salud, se recomienda que las normas definan de donde provendrán los recursos para sufragar estos gastos, debiéndose considerar para estos efectos, lo dispuesto en el numeral 177 de la Constitución Política, el cual dispone que el Estado debe crear rentas suficientes a la CCSS, a fin de cubrir las necesidades actuales y futuras de ésta”.*

Por consiguiente, habiéndose hecho la presentación pertinente por parte de la Licda. Mariana Ovares Aguilar, jefe a.i. del Área de Gestión Técnica y Asistencia Jurídica de la Dirección Jurídica, en cuanto a la consulta relacionada con el proyecto de ley “*Reforma Integral a la Ley General del VIH*”, Expediente Legislativo N° 21.031, y con fundamento en lo ahí expuesto, la Junta Directiva -en forma unánime- **ACUERDA:**

PRIMERO: Comunicar a la Asamblea Legislativa que la CCSS comparte y rescata la finalidad que tiene el proyecto de ley objeto de consulta, como es adaptar la legislación actual a las nuevas necesidades que presenta la infección por VIH, con un enfoque de derechos humanos y mediante técnicas de prevención, atención, cuidados y apoyo que se requiere para promover la calidad de vida de las personas con VIH.

SEGUNDO: Bajo ese contexto, de los aspectos que se pretenden regular en el proyecto de ley, algunos ya se aplican en la CCSS, como en la atención integral de las personas con VIH en materia de medicamentos, pruebas de laboratorio y servicios de apoyo, fortalecimiento en el proceso de educación en salud y la prevención primaria, con el fin de contribuir en el cierre de brechas de la transmisión de la infección.

TERCERO: No obstante, el proyecto de ley presenta observaciones y recomendaciones técnicas realizadas por la Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud, Dirección de Farmacoepidemiología y CENDEISSS, las que se encuentran incorporadas en el oficio N° GM-AJD-14358-2019 del 28 de octubre de 2019, de la Gerencia Médica, las cuales se trasladan al legislador para su valoración.

CUARTO: Adicionalmente y tomando en cuenta la relevancia de los objetivos que plantea el proyecto de ley, la CCSS no objeta su aprobación, por ser competencia exclusiva de la Asamblea Legislativa, sin embargo, resulta necesario indicar que en caso de que se acoja esta iniciativa, al tener que asumirse nuevas acciones, en el caso del tema del financiamiento que tendría que realizar la CCSS al CONASIDA y el derecho tanto de los nacionales como extranjeros con VIH, que estén

en condición de pobreza, pobreza extrema e indigencia médica, y aquellas que por alguna razón han sido cesadas de su trabajo y no tienen capacidad contributiva para seguir cotizando al seguro de salud, se requiere que las normas definan de donde provendrán los recursos para sufragar estos gastos, debiéndose considerar para estos efectos, lo dispuesto en el numeral 177 de la Constitución Política, el cual dispone que el Estado debe crear rentas suficientes a la CCSS, a fin de cubrir las necesidades actuales y futuras de ésta.

Se retira del salón de sesiones la Licda. Mariana Ovares Aguilar de la Dirección Jurídica.

ARTICULO 12°

Se toma nota de que se reprograma los siguientes temas para la próxima sesión.

I) Correspondencia.

II) Gerencia Financiera: *para decisión.*

- a) **Oficio N° GF-5477-2019**, de fecha 23 de octubre de 2019: presentación informe de ejecución presupuestaria del Seguro de Salud y el Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte al 30 de setiembre de 2019
- b) **Oficio N° GF-3743-2019 (GG-1370-2019)**, de fecha 12 de agosto de 2019: presentación estados financieros institucionales del Seguro de Salud al 30 de junio de 2019; a cargo del licenciado Edgar Ramírez Rojas, Jefe de Área Contabilidad Financiera.

III) Comité de Riesgos para los Fondos Institucionales.

- a) **Oficio N° CR-38-2019**, de fecha 27 de junio de 2019: atención artículo 52°, de la sesión N° 8985: propuesta “*Declaración del apetito del riesgo del Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte*”; anexa la nota N° DAE-0510-2019 del 09-05-2019.

IV) Gerencia Logística.

- a) **Oficio N° GL-1515-2019, (GG-1909-2019)** de fecha 22 de octubre de 2019: atención artículo 43°, de la sesión N° 9051, del 12-09-2019; ref.: oficio N° GL-1304-2019): en relación a la negociación con los contratistas en los casos de solicitud de incremento de consumo y presupuesto de los procedimientos de compra que se detallan:
 - ❖ 2016ME-000122-5101 (Lidocaína al 10%),
 - ❖ 2016ME-000167-05101 (Fórmula enteral libre de lactosa),
 - ❖ 2017ME-000012-5101 (Valproato Semisódico) y
 - ❖ 2017LN-000014-5101 (jeringa estéril de insulina).
- b) **Oficio N° GL-1434-2019 (GG-1774-2019)**, de fecha 27 de setiembre de 2019: informe adquisición de **Trastuzumab 600mg/5ml, código 1-10-41-653.**

A las dieciocho horas con cincuenta y tres minutos se levanta la sesión.