

Capítulo 6

Judicialización de la salud: recursos de amparo por medicamentos

6

Síntesis de hallazgos y desafíos

Las sentencias judiciales que ordenan la entrega de medicinas son un instrumento mediante el cual los asegurados logran presionar a la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) para que acelere la incorporación de nuevos medicamentos y preste un servicio de farmacia más oportuno. Esto ha sido posible gracias a una Sala Constitucional activista en el ámbito del derecho a la salud, que fue definido vía interpretación de ese tribunal, y defendido y ampliado desde entonces a través de su jurisprudencia. Esta protección, brindada por una entidad a la que además toda la ciudadanía tiene fácil acceso, ha sido uno de los grandes incentivos para que las políticas de la CCSS en materia de medicamentos se hayan judicializado “de abajo hacia arriba”, es decir, no por la intervención o influencia de los actores políticos, sino por la acción de los mismos asegurados en defensa de sus derechos.

Este estudio encontró que la cantidad de recursos de amparo relacionados con medicamentos no es alta, ni tampoco su crecimiento, si se compara con el número de asegurados y los servicios que brinda la CCSS. En promedio se resuelven 164,5 casos por año, es decir, uno cada dos días para todo el sistema. Entre 2006 y 2013 se tramitaron 1.316 recursos, que solicitaron 326 tipos de fármacos. Al analizar su distribución con base en la Lista Oficial de Medicamentos (LOM) de la CCSS y según el grupo terapéutico al que pertenecen (de 54 posibles), se encontró que: i) ocho grupos concentran la mayor parte de los recursos (68,7%), ii) los productos para el

tratamiento del cáncer (grupo 41) son los que tienen mayor presencia, tanto en número de medicamentos (19,7%) como de casos (37,5%), iii) se han interpuesto recursos para el 85% de los grupos terapéuticos de la LOM, es decir, para casi todos los tipos de medicamentos, desde los más sofisticados hasta los más comunes.

Un cálculo preliminar revela que las decisiones judiciales sobre entrega de fármacos no ponen en peligro la sostenibilidad financiera de la CCSS. La participación del gasto en medicamentos otorgados por esta vía en relación con el presupuesto total destinado a este rubro es pequeña (1,5%). A futuro, las estimaciones deberán afinarse con la inclusión de los costos asociados a los procesos de recepción y trámite de recursos y ejecución de las sentencias, así como con una mayor transparencia en la información sobre las compras de la CCSS.

Finalmente, la judicialización de las políticas de salud se manifiesta en algunas sentencias de la Sala Constitucional que exigen mejoras en la capacidad de planificación de la CCSS, e incluso le ponen plazos para la elaboración de protocolos o la toma de decisiones administrativas. Esos fallos van más allá del derecho individual reclamado e impactan el conjunto de la institución. Después de casi veinte años de atender recursos de amparo sobre el derecho a la salud, no fue sino hasta 2013 que se abrió un necesario espacio de diálogo entre la CCSS y la Sala Constitucional, por medio de la Comisión de Derecho a la Salud creada por el Colegio de Abogados.

Aporte del capítulo

Este capítulo ofrece una primera aproximación al alcance que ha tenido la jurisprudencia de la Sala Constitucional sobre la entrega de medicamentos por parte de la CCSS. Para llevar a cabo el estudio se actualizó y amplió una base de datos de los recursos de amparo sobre este tema interpuestos durante el período 2006-2013, la cual incluye variables como número de sentencia y expediente, texto de la resolución, instancia contra la que se presentó el recurso, nombre y clasificación del fármaco solicitado según la Lista Oficial de Medicamentos, médico tratante, número y nacionalidad de los asegurados involucrados, clasificación del “por tanto” del fallo (según si otorgó el medicamento más costas procesales, solo costas u otro resultado), número de magistrados que salvaron su voto, tipo y región de los centros de salud recurridos, grado de cumplimiento de la sentencia, satisfacción del recurrente con la Sala Constitucional y con la institución recurrida.

El análisis de esta información, permitió investigar:

- ▶ Si la Sala Constitucional ha modificado los procesos institucionales de la CCSS en lo que concierne a la prescripción de medicamentos.
- ▶ El tipo de medicamentos solicitados, la frecuencia con que motivan recursos de amparo y los centros médicos que más generan estas demandas.
- ▶ El costo financiero aproximado que han tenido las decisiones judiciales en el presupuesto de la CCSS, que constituye una de las principales críticas de la institución con respecto a las sentencias del tribunal constitucional.

Este trabajo forma parte de una discusión más amplia sobre la judicialización de la política y el activismo judicial, y ejemplifica la manifestación de ambos fenómenos en el ámbito de la salud pública.

Hallazgos relevantes

- ▶ Entre 2006 y 2013, al menos 1.316 asegurados utilizaron un recurso de amparo para conseguir un medicamento. Esa cifra representa un 30% del total de recursos presentados en ese período por temas relacionados con el derecho a la salud.
- ▶ Los fármacos otorgados como resultado de este tipo de proceso equivalen a un 1,5% del presupuesto total que la CCSS destina a la compra de medicamentos.
- ▶ El 58,1% de los recursos de amparo por medicamentos interpuestos entre 2006 y 2013 fue declarado con lugar.
- ▶ En el año 2009, el 0,02% de los pacientes que padecían seis patologías (sida, esclerosis lateral amiotrófica, esclerosis múltiple, cáncer, hemofilia y trasplantes) absorbió un 20% del presupuesto de medicamentos de la CCSS.
- ▶ Entre los veinticinco fármacos más solicitados vía recurso de amparo, siete no pertenecen a la Lista Oficial de Medicamentos (LOM) de la CCSS y dos se ubican en la categoría de uso restringido de la LOM.

CAPÍTULO 6

Judicialización de la salud: recursos de amparo por medicamentos

► Índice sumario

I. JUSTIFICACIÓN **II. CONCEPTOS BÁSICOS** 1. Judicialización de la política 2. Activismo judicial
III. CONTEXTO 1. La judicialización de la salud en América Latina 2. Una sala constitucional activista en defensa del derecho a la salud 3. Un 30% de los recursos de amparo sobre el derecho a la salud tiene que ver con medicamentos 4. Alta tasa de éxito de los recursos por entrega de medicamentos 5. La actualización de la LOM es un proceso rígido 6. La crisis financiera de la CCSS diluyó la atención en los recursos por medicinas **IV. RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN** 1. Ocho grupos de medicamentos concentran la mayoría de los recursos de amparo 2. Dos hospitales nacionales reciben diez veces más recursos que el promedio 3. Los actores son diversos y sus posiciones poco organizadas 4. Bajo impacto financiero de los recursos de amparo por medicamentos 5. Efecto de la jurisprudencia constitucional en las políticas de la CCSS **V. METODOLOGÍA** 1. Cálculo del costo de los recursos de amparo por medicamentos 2. Agenda de investigación futura

Justificación

En Costa Rica los principios de la seguridad social y el diseño de los servicios de salud han privilegiado la construcción de un seguro solidario y de cobertura universal. Los efectos en el estado de salud de la población, aunque no pueden atribuirse exclusivamente al sistema, muestran el éxito de esta política, que ha logrado que un país pequeño y de ingreso medio muestre indicadores semejantes a los de naciones de mayores niveles de ingreso y desarrollo humano. Pese a estos buenos resultados, y al igual que muchos otros países, en las dos últimas décadas Costa Rica ha experimentado de manera creciente el fenómeno de la judicialización de la salud. Cada vez más los asegurados acuden al Poder Judicial para impugnar decisiones tomadas por la entidad prestadora de los servicios: la CCSS.

Este capítulo profundiza tanto en la judicialización de la política como en el activismo judicial (coadministración) de la Sala Constitucional frente a la CCSS. Esta última es la institución pública que ha sido objeto del mayor número de recursos de amparo, con una alta concentración en asuntos relacionados con el derecho a la salud. Pese a que este tema está presente en el debate público desde 1999, cuando la Sala recibió un primer recurso que demandaba la incorporación del tratamiento con medicamentos antirretrovirales para pacientes diagnosticados con sida, no existe información sistematizada al respecto. Las autoridades de la CCSS han reiterado que esta vía de acceso pone en riesgo la estabilidad financiera y el principio de equidad del seguro de salud, pero no han presentado datos que respalden esa aseveración y es poco lo que se conoce sobre las características y consecuencias del fenómeno, tanto desde el punto de vista

institucional, como del impacto en la salud de las personas, lo cual perjudica la discusión y la toma de decisiones informadas (Castillo, 2011; CCSS, 2008; Wilson, 2011).

Por tanto, el objetivo de este trabajo es analizar, en la medida en que la información disponible lo permite, los alcances de la judicialización de la salud en lo que concierne a la prescripción de medicamentos y sus repercusiones en la aplicabilidad de los derechos de los asegurados y en el quehacer institucional. Para ello, la investigación se planteó tres preguntas: i) las resoluciones a favor de los asegurados, que son la mayoría, ¿constituyen una ampliación efectiva del derecho a la salud?, ii) el impacto económico para la CCSS, ¿amenaza la sostenibilidad financiera del presupuesto de salud? y iii) la nueva vía de acceso a los servicios del sistema, ¿vulnera los principios generales de la seguridad social?

Conceptos básicos

Judicialización de la política

El fenómeno de judicialización de la política refiere a la creciente influencia que las Cortes sobre asuntos que antes se consideraban exclusivos de la esfera política (Tate y Vallinder, 1995). A partir de esta noción, el concepto se ha ido ampliando para especificar las distintas dimensiones que puede alcanzar el fenómeno (Domingo, 2004). En tal sentido, la judicialización de la política es un “concepto sombrilla” que puede aludir a los procesos mediante los cuales:

- ▶ aumenta el impacto de las decisiones judiciales sobre los procesos políticos y sociales;
- ▶ cada vez más los conflictos políticos se resuelven en el ámbito de las Cortes, o al menos, son fuertemente condicionados por sus decisiones;
- ▶ la percepción pública sobre el estado de Derecho y el desempeño del sistema judicial en la protección de los derechos tiene un peso cada vez mayor en la legitimidad del régimen democrático.
- ▶ los distintos actores políticos y grupos sociales tienden a utilizar mecanismos jurídicos para impulsar políticas, demandas e intereses socioeconómicos específicos.

La judicialización se da “de arriba hacia abajo” cuando es promovida por actores políticos: cuando las altas Cortes (en el caso costarricense, la Sala Constitucional) objetan la legalidad de determinadas normas o prácticas, o bien cuando los líderes acuden a los tribunales para bloquear, modificar o legitimar leyes o políticas públicas (Sieder et al., 2005). También sucede cuando se aprueban

reformas legales expresamente diseñadas para judicializar ámbitos de acción o decisión que antes competían a otras instituciones.

La judicialización “de abajo hacia arriba” es impulsada por la ciudadanía, ya sea cuando utiliza los tribunales como un canal institucional directo y más expedito para solucionar sus conflictos o colocar en la agenda pública sus intereses, o bien cuando formula sus demandas en términos jurídicos, motivada por la creciente incidencia de las decisiones judiciales en la definición de las políticas públicas (Uprimny, 2008). Este tipo de judicialización es de particular interés para este capítulo por cuanto, como se verá, las personas usuarias del sistema de seguridad social acuden a la Sala Constitucional en procura de satisfacer necesidades no atendidas en materia de salud.

Es importante resaltar que la judicialización de la política, en sí misma, no es positiva ni negativa: es tan solo un fenómeno polifacético que de manera gradual aumenta el peso de las decisiones judiciales en los asuntos políticos, sociales y económicos de un país. En cambio, sus efectos sí pueden ser positivos o negativos para la vida democrática, según el contexto y condiciones en que ocurran. Del lado positivo pueden mencionarse el respeto por el estado de Derecho como fundamento de la convivencia social, así como el empoderamiento de la ciudadanía para defender y exigir el cumplimiento de sus derechos por medio de los tribunales. Y del lado negativo puede citarse el riesgo que supone para la independencia judicial la toma de decisiones sobre temas políticamente controversiales (Couso, 2005) y que en casos extremos puede incluso conducir a la “politización de la justicia”, que es la contracara de la judicialización de la política.

En el ámbito de la salud, la judicialización se refiere a la influencia creciente que tienen las resoluciones de las Cortes en las políticas y la prestación de servicios de salud. Ello se da principalmente por tres vías: i) hay un mayor impacto de las sentencias judiciales en la toma de decisiones y la gestión del sistema de seguridad social, ii) la ciudadanía utiliza con frecuencia los tribunales como un canal directo y más expedito para satisfacer sus necesidades o colocar en la agenda pública la reivindicación de su derecho a la salud, y iii) los actores políticos o grupos de interés trasladan a entes jurisdiccionales las decisiones estratégicas en esta materia.

Activismo judicial

El activismo judicial se refiere el rol de las Cortes como colegisladoras o coadministradoras de la institucionalidad pública. Aunque este tema tiene una estrecha relación con el papel del sistema de administración de justicia como actor político, la discusión en torno a él se ha llevado más allá de la judicialización de la política, para entrar en el análisis de la disyuntiva entre activismo

y autorrestricción (Courtis, 2005), en el cual se busca determinar si, en sus decisiones, los tribunales se apegan de manera estricta a la normativa vigente, o bien se apartan de los criterios y valores expresados por los otros poderes del Estado, basándose en sus propias interpretaciones.

Una diferencia importante entre activismo y judicialización es que el primero corresponde más a un comportamiento de los jueces, que al traslado de decisiones políticas hacia los tribunales. Uno de los rasgos esenciales del activismo judicial es que los jueces interpretan la norma jurídica sin apegarse a su literalidad, lo cual les permite ya sea anular disposiciones y normas emitidas por otro poder del Estado, o bien definir o redefinir políticas públicas según su propia interpretación y con carácter de obligatoriedad (Feoli, 2012).

El concepto de activismo judicial tiene particular relevancia para este capítulo porque, desde sus inicios, la Sala Constitucional ha interpretado que existe un derecho a la salud, pese a que éste no se encuentra enunciado de modo explícito en la Constitución Política. El activismo de la Sala ha sido un elemento constante en su relación con la CCSS y, si bien este estudio se centra en los recursos de amparo relativos a la entrega de medicamentos, recientemente el tribunal también ha emitido resoluciones sobre las listas de espera para citas médicas, exámenes y cirugías.

Así pues, en este estudio se analizan dos tipos de sentencias, a saber:

- ▶ aquellas que afectan la asignación de recursos en la CCSS, especialmente el presupuesto de medicamentos, pero que también pueden incidir en el de infraestructura o el de contratación, y
- ▶ aquellas que obligan a los jefes de la CCSS a tomar decisiones administrativas o políticas sobre el despacho de medicamentos, o sobre los otros servicios que presta la institución. (Ver recuadro 1.4 en Capítulo 1).

Contexto

La judicialización de la salud en América Latina

En los últimos años, algunos países de ingreso medio han experimentado un aumento en el número de casos judiciales relacionados con el acceso a servicios de salud. En la base de este fenómeno están un nuevo enfoque jurídico sobre el ejercicio del derecho a la salud, la ampliación de la cobertura de los servicios, una actitud más demandante del público, una mayor prevalencia de las enfermedades no transmisibles y una capacidad limitada de las instituciones para diseñar una “canasta” de beneficios justa y adecuada a las necesidades de la población (Lunes et al., 2012).

En América Latina, a pesar de las diferencias entre países, los tribunales –sobre todo los constitucionales– de manera cada vez más frecuente y extensiva dictan sentencias que reconocen los servicios de salud como un derecho ciudadano que deben garantizar. Los principales reclamos se refieren a inclusiones y exclusiones del sistema (quién y qué está incluido) y a los criterios de priorización (listas de espera y cirugías), entre otras. Un estudio de la Cepal concluye que la intervención del Poder Judicial es problemática, pues expresa un conflicto entre un sujeto de derechos y los límites prácticos de los sistemas de salud, genera mayores brechas de equidad en el acceso y cobertura de los servicios y se concentran en casos individuales, en vez de propiciar cambios estructurales y colectivos en la institucionalidad sanitaria (Sojo, 2013).

A través de la jurisprudencia derivada de los recursos de amparo, las Cortes se han convertido en garantes de la eficiencia de las políticas que afectan el derecho a la salud. Aunque no se tiene información completa sobre el número, los costos y la naturaleza de los casos, así como de los perfiles socioeconómicos de los demandantes, los datos parciales disponibles en siete países analizados permiten ofrecer un panorama general del fenómeno de judicialización de la salud en Latinoamérica (Lunes et al., 2012). Así, se sabe que en la región los recursos de amparo:

- ▶ afectan el gasto público en salud (aunque no en grandes proporciones), pero también las reglas de su asignación,
- ▶ corresponden en su mayoría a demandas de acceso a servicios curativos,
- ▶ mayoritariamente resultan en sentencias que atañen solo al recurrente y no tienen efectos generales sobre la población, lo que puede ser contraproducente en términos de equidad.

Adicionalmente, Yamin y Gloppen (2011) y Gauri y Brinks (2008) afirman que la mayoría de las Cortes defiende los principios de continuidad, eficiencia y eficacia en los servicios públicos.

Una Sala Constitucional activista en defensa del derecho a la salud

En el caso costarricense, en los más de veinte años de existencia de la Sala Constitucional se ha desarrollado una amplia jurisprudencia sobre la salud como un derecho fundamental que se deriva de los derechos a la vida y a un ambiente saludable y ecológicamente equilibrado (artículos 21 y 50 de la Constitución Política).

En tal sentido, ese tribunal ha señalado que “la vida resulta inconcebible si no se le garantiza a la persona humana condiciones mínimas para un adecuado y armónico equilibrio psíquico, físico y ambiental” (resolución 4621-2013). También ha reiterado que el derecho a la salud es de carácter “prestacional” y que, en tanto el régimen de seguridad social es un pilar del Estado, consagrado a nivel constitucional, la CCSS está obligada a brindar ese servicio.

En un extenso análisis sobre el desarrollo del derecho a la salud en Costa Rica, Navarro (2010) sistematizó un conjunto de principios que operan como garantía sustantiva de ese derecho, derivados de la jurisprudencia constitucional. Entre ellos destacan los siguientes:

- ▶ Principio de prestación integral. El servicio prestado debe ser completo, suficiente, apropiado y útil, para producir un impacto positivo que se ajuste en calidad y cantidad a las necesidades concretas del paciente. La Sala Constitucional ordena la prestación cuando la solicitud respectiva se funda en criterios médico-técnicos.
- ▶ Primacía de los derechos a la vida y a la salud sobre las consideraciones de índole financiera, y del criterio médico sobre cualquier otro argumento.
- ▶ Primacía técnica del médico tratante con respecto a la prescripción de medicamentos y por encima de

cualquier otra consideración financiera, administrativa, política o incluso técnica, de otros órganos institucionales.

- ▶ Principio de tratamiento más favorable a las necesidades del paciente. En presencia de dos criterios distintos sobre el tratamiento que debe recibir el demandante, prevalecerá el que más satisfaga las necesidades del paciente y el derecho a la salud.

Entre enero de 2009 y octubre de 2013 la Sala Constitucional recibió 67.915 recursos de amparo, de los cuales 9.788 se dirigieron contra la CCSS. La clasificación temática de los casos, definida por la misma Sala, muestra una concentración en el tema “derecho a la salud”, una categoría genérica con la flexibilidad suficiente para incluir diversos asuntos, desde medicamentos hasta cirugías. En una base de datos construida para un período anterior al de este estudio (1989-2008) se observa que los recursos contra la CCSS variaron mucho en veinte años. Fue a partir de 2005 que el derecho a la salud comenzó a representar más de un tercio de las acciones planteadas contra la institución (Zamora, 2010).

Un 30% de los recursos de amparo sobre el derecho a la salud tiene que ver con medicamentos

Antes de la creación de la Sala Constitucional, en 1989, la población no tenía una vía efectiva para reclamar si la CCSS le negaba algún tratamiento. El diseño accesible y gratuito de la jurisdicción constitucional abrió las puertas para que cualquier persona pueda exigir sus derechos fundamentales a través de un recurso sencillo (Wilson, 2011).

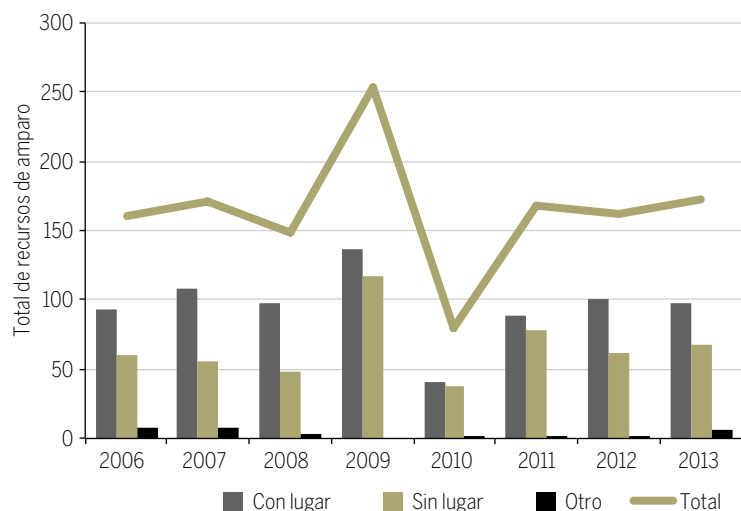
En 1997 la Sala Constitucional por primera vez declaró con lugar un recurso de amparo, que reclamaba la prescripción de medicamentos antirretrovirales, y obligó a la CCSS a brindar ese tratamiento. Esto dio inicio a un proceso de crecimiento en la interposición de recursos para solicitar fármacos cada vez más variados. En el período 2006-2013 al menos 1.316 asegurados usaron este mecanismo para obtener un medicamento (gráfico 6.1), lo que representa cerca de un 30% del total de recursos de amparo por temas relacionados con el derecho a la salud.

Alta tasa de éxito de los recursos por entrega de medicamentos

La tasa de éxito de los asegurados al interponer recursos de amparo sobre medicamentos funciona como un incentivo para el uso de este mecanismo: durante el período 2006-2013, el 58,1% de ellos fue declarado con lugar (cuadro 6.1). En el caso de los medicamentos

▶ Gráfico 6.1

Total de recursos de amparo por entrega de medicamentos, según resolución. 2006-2013



► Cuadro 6.1

Recursos de amparo por prescripción de medicamentos, según resolución. 2006-2013

Año	Con lugar	Sin lugar	Otro	Total	Tasa de éxito ^{a/}
2006	93	60	8	161	57,8
2007	108	55	8	171	63,2
2008	98	48	3	149	65,8
2009	137	117	0	254	53,9
2010	41	37	1	79	51,9
2011	89	78	1	168	53,0
2012	100	61	1	162	61,7
2013	98	68	6	172	57,0
Total	764	524	28	1.316	58,1

a/ Se entiende como tasa de éxito el porcentaje de recursos declarados con lugar sobre el total.

Fuente: Elaboración propia con datos del Sistema Costarricense de Información Jurídica.

contra el cáncer (grupo terapéutico 41, “Antineoplásicos y agentes inmunomoduladores”), que abarca el 39% de los recursos, la tasa de éxito alcanza el 79,4%. Este dato es llamativo, especialmente cuando se considera que el 75% de todos los recursos de amparo es rechazado (Frithjof y Wilson, 2014).

La actualización de la LOM es un proceso rígido

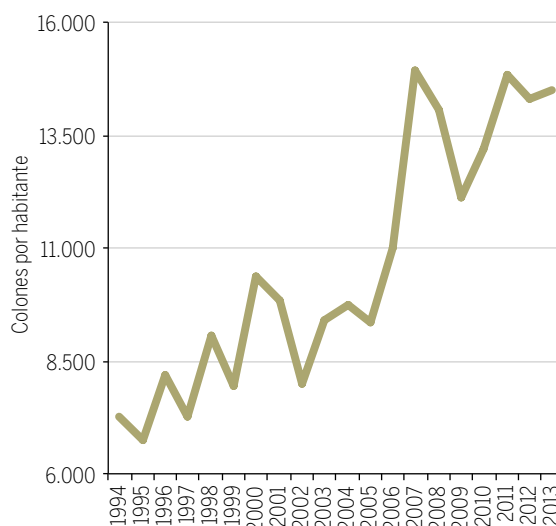
En 1982 Costa Rica decidió instituir, a través de la Lista Oficial de Medicamentos (LOM), una política acorde con las recomendaciones emitidas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) desde la década de 1970. La CCSS considera que la LOM es una política exitosa y una piedra angular del derecho a la salud, pues “si no se asegura un acceso equitativo a los medicamentos esenciales este derecho fundamental a la salud no podrá ser ejercido plenamente” (CCSS, 2010). El Banco Mundial estima que el país garantiza la provisión de fármacos con un índice que oscila entre el 95% y el 100% de acceso (CCSS, 2010). El gráfico 6.2 muestra la evolución del gasto en este rubro en las dos últimas décadas.

Si bien la oferta de medicamentos es muy amplia y cubre múltiples enfermedades, los principios de solidaridad y equidad del seguro social no garantizan que se logre “dar todo a todos”, algo que ni siquiera los sistemas de salud más consolidados de Europa han conseguido (Deliyore, 2007). De ahí que el debate sobre la judicialización del presupuesto de medicamentos de la CCSS tenga como preocupación central que el sistema se arriesgue a “darle todo a unos pocos” y, con ello, reduzca el paquete de beneficios que recibe la mayoría.

La LOM funciona como un reglamento de acatamiento obligatorio, que se aprueba mediante decreto

► Gráfico 6.2

Asignación per cápita real del seguro de salud en medicamentos. 1994-2013 (base 2006=100)



Fuente: Elaboración propia con datos del Sistema Costarricense de Información Jurídica, las proyecciones del INEC y datos del BCCR.

ejecutivo (Reglamento del Formulario Terapéutico Nacional) y describe los procedimientos de solicitud y compra de fármacos, así como las indicaciones terapéuticas para su prescripción. También detalla los procesos de inclusión y exclusión de medicamentos de la Lista, tareas que han sido asignadas al Comité Central de

Farmacoterapia (CCF) de la CCSS (CCSS, 2010). Cada año se incorporan a la LOM alrededor de nueve medicamentos, y la práctica usual es que el producto nuevo sustituya a uno anterior (E¹: Chaves, 2009).

El CCF tiene la competencia exclusiva para decidir sobre inclusiones, modificaciones o exclusiones de la LOM, con base en criterios científico-técnicos, pero aparentemente sin mecanismos claros de participación de otros especialistas institucionales (E: Chavarría, 2011). Esto ha generado “poco dinamismo en la toma de decisiones sobre drogas” (E: Zeledón, 2011). Por ejemplo, pese a que los medicamentos para tratar el cáncer son los más demandados vía recursos de amparo, el CCF no cuenta con un especialista en Oncología y en esta materia solo recibe apoyo a través de asesores.

Esta rigidez en el proceso de inclusión de medicamentos se ve agravada por problemas de ineficiencia e irregularidades en la cadena de compra y distribución. Por ejemplo, Chinchilla e Hidalgo (2008) registraron una severa crisis de desabastecimiento en 1999, ya que en ese año hasta un 15% de los medicamentos incluidos en la LOM no estaba disponible en las farmacias de la CCSS, por atrasos en los procesos de adjudicación de compras. Por su parte, Vargas (2010) identificó el tema del desabastecimiento como una de las líneas jurisprudenciales que se derivan de las sentencias de la Sala Constitucional en materia de derecho a la salud. Esto significa que en algunos de los recursos interpuestos para la entrega de medicamentos, la queja de los asegurados no se debe a la negativa de la institución de brindar un tratamiento, sino a la imposibilidad de entregar los fármacos en el momento requerido por el paciente. Los casos por desabastecimiento en general corresponden a productos de uso muy extendido (enfermedades crónicas) y, por tanto, a compras de alto volumen y bajo costo.

La crisis financiera de la CCSS diluyó la atención en los recursos por medicinas

Desde 2005 las autoridades de la CCSS han expresado preocupación por el efecto de los recursos de amparo, en términos de la creación de desigualdades en el sistema de salud: “en el año 2004 el gasto per cápita en medicamentos de los 40 pacientes que acudieron a la Sala Cuarta fue de 5,7 millones de colones, mientras que los restantes asegurados en general, cada uno implica un gasto de 6.587 colones” (Morris, 2005). La posición institucional no ha variado con el tiempo. En 2014, el Director de Farmacoepidemiología de la CCSS reiteró la inquietud por el alto gasto en pocos pacientes y su impacto

sobre la sostenibilidad del seguro de salud: “Hay algunas asociaciones que oyen de algún nuevo medicamento (...) inmediatamente están buscando la vía judicial para tratar de obtener ese medicamento y esto potencialmente podría llegar a tener perjuicios en los sistemas de salud (...) estamos hablando que estos medicamentos podrían llegar a tener costos que superan fácilmente los \$100 mil anuales por paciente” (Solano, 2014).

Sin embargo, en el contexto de la crisis financiera-institucional que afecta a la CCSS desde 2011, los reclamos por el derecho a la salud no han sido tema de debate. Una revisión de la cobertura noticiosa de 2011 muestra que, al valorar la situación financiera del sistema de seguridad social, ni los periodistas ni sus entrevistados señalan los recursos por prescripción de medicamentos como parte del problema. Este asunto tampoco fue considerado en el Informe de la OPS sobre la situación financiera de la CCSS, del 2011, ni en las conclusiones de la Comisión de Notables conformada para analizar las causas y los alcances de la crisis. Entre mayo de 2006 y diciembre de 2011 la Junta Directiva de la CCSS celebró 433 sesiones; solo en cinco actas de ese período se menciona la compra de medicamentos, pero sin hacer referencia a los recursos de amparo o emitir algún acuerdo al respecto.

Resultados de la investigación

El análisis de estadísticas y documentos, así como las entrevistas realizadas, permitieron profundizar en el principal objeto de estudio de este capítulo: los alcances de la judicialización de la salud, específicamente en lo que concierne a la entrega de medicinas y sus repercusiones en la aplicabilidad de los derechos de los asegurados y en los procesos institucionales de la CCSS. La investigación produjo cuatro grandes resultados, que se describen en los próximos apartados y se pueden resumir de la siguiente manera:

- ▮ Construcción de una tipología de recursos de amparo a partir de los medicamentos más solicitados ante la Sala Constitucional.
- ▮ Caracterización de los distintos actores involucrados y sus posiciones.
- ▮ Estimaciones sobre el posible impacto financiero de los recursos de amparo relacionados con la entrega de medicamentos.
- ▮ Información acerca del efecto de la jurisprudencia constitucional sobre las políticas generales de salud y la gestión institucional de la CCSS.

Las referencias que aparecen antecedidas por la letra “E” corresponden a entrevistas o comunicaciones personales realizadas durante el proceso de elaboración de este Informe. La información respectiva se presenta en la sección “Entrevistas y comunicaciones personales” de las referencias bibliográficas de este capítulo.

Ocho grupos de medicamentos concentran la mayoría de los recursos de amparo

Como es sabido, en Costa Rica existe un proceso fácil y gratuito que le permite a cualquier habitante acudir a la Sala Constitucional cuando siente que un derecho le ha sido vulnerado. Ese mecanismo es el recurso de amparo y, en el caso de la entrega de medicinas por parte de la CCSS, es presentado por un asegurado que posee información sobre un fármaco que considera necesario y que no está recibiendo. Esa información puede provenir de su médico, de otro especialista, de otro paciente, de los medios de comunicación o de casas farmacéuticas. La situación más común se da cuando un médico de la CCSS prescribe un medicamento y luego un comité asesor técnico-científico rechaza la solicitud. También hay recursos interpuestos por usuarios que se cansan de esperar un tratamiento que no se les brinda, ya sea por problemas de gestión de la cadena de suministro de fármacos, por desabastecimiento, o por ambos. En pocos casos, que el tribunal constitucional siempre ha declarado sin lugar, la persona asegurada exige un medicamento prescrito en una consulta privada o que del todo no le ha sido recetado.

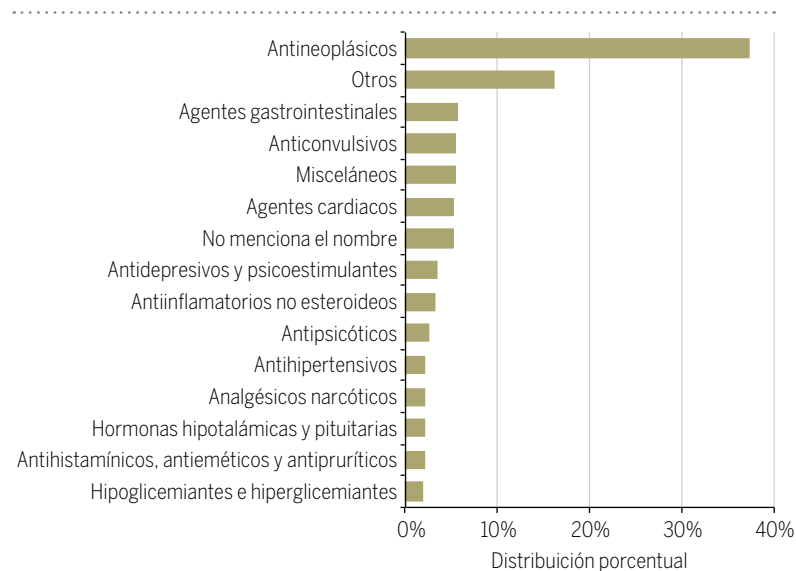
Los recursos de amparo se concentran en ciertos tipos de fármacos, aunque no se debe subestimar un grupo importante de ellos que se diluye en muchos y diversos medicamentos. Mientras los pacientes oncológicos son motivados por la urgencia, otros pacientes que sufren patologías poco comunes cifran sus esperanzas en innovaciones terapéuticas que podrían mejorar su salud. También hay casos, aunque menos frecuentes, de personas molestas por la “ineficiencia” del sistema y que desean acortar la espera para recibir algún servicio.

Tomando en cuenta la LOM de 2010, se encontraron 326 tipos de medicamentos solicitados entre 2006 y 2013 mediante la interposición de 1.316 recursos de amparo (gráfico 6.3). Al analizar su distribución según grupos terapéuticos (de 54 posibles), se obtuvieron tres hallazgos:

- ▶ Ocho grupos terapéuticos dan cuenta del 68,7% de los recursos.
- ▶ El grupo de “Antineoplásicos y agentes inmunomoduladores”, que corresponde a los principios activos para el tratamiento del cáncer (grupo terapéutico 41), sobresale con la mayor concentración, tanto en número de medicamentos (19,7%) como de casos (37,5%).
- ▶ No obstante lo anterior, se han presentado recursos de amparo para la prescripción de medicamentos pertenecientes a 46 de los 54 grupos terapéuticos que componen la LOM, es decir, al 85% de los grupos.

Gráfico 6.3

Total de medicamentos solicitados, según grupo terapéutico^{a/}. 2006-2013



a/ Se muestran los medicamentos con un peso relativo superior a 2%.

Fuente: Elaboración propia con datos del Sistema Costarricense de Información Jurídica.

Cuadro 6.2

Medicamentos más solicitados mediante recursos de amparo. 2006-2013

Medicamento	Total de recursos	Porcentaje
Trastuzumab	78	5,9
Anastrozole (Arimidex)	75	5,7
Clopidogrel (Plavix)	47	3,6
Bevacizumab (Avastin)	33	2,5
Omeprazol	26	2,0
Sunitinib (Sutent)	26	2,0
Enbrel (Etanercept)	25	1,9
Lamotrigina (Lamictal)	20	1,5
Goserelina (Zoladex)	19	1,4
Rituximab (Mabthera)	18	1,4
Ibersartán (Aprovel)	17	1,3
Imatinib (Gleevec)	17	1,3
Cetuximab	16	1,2
Risperidona (Risperdal)	16	1,2
Adalimumab (Humira)	15	1,1
Lactulosa	14	1,1
Olanzapina (Telorzan, Ziprexa)	14	1,1
Viagra Sildenafil	14	1,1
Topiramato (Topamac)	13	1,0
Tramadol (Tramal)	13	1,0

Fuente: Elaboración propia con datos del Sistema Costarricense de Información Jurídica.

De los 326 medicamentos solicitados durante el período bajo análisis, los veinte incluidos en el cuadro 6.2 acumulan el 39,3% de los recursos. De ellos, siete no pertenecen a la LOM, pero ocupan los cuatro primeros lugares en la lista de los fármacos de más alta demanda².

Cuando se considera la frecuencia con que se manifiestan algunas variables, los recursos de amparo pueden clasificarse de distintas maneras, de acuerdo con los siguientes criterios:

- ▶ Grupo terapéutico, según se trate de medicamentos oncológicos, que son los solicitados con más frecuencia, u otros.
- ▶ Impacto presupuestario: según se trate de medicamentos de bajo costo que son solicitados con una alta frecuencia, o bien medicamentos de costo elevado y baja frecuencia.
- ▶ Tipo de medicamento: según sean fármacos que están fuera de la LOM, dentro de la LOM, dentro de la LOM con uso restringido o dentro de la LOM con código abierto (almacenables).

- ▶ Fondo del reclamo: según se trate de recursos motivados por barreras de acceso, como sucede en la mayoría de los casos, o por un mal servicio (desabastecimiento).

Lamentablemente en Costa Rica no se cuenta con estudios sobre la relación costo-efectividad de los medicamentos que consume la población (casi para ninguno) ni sobre la ganancia para los pacientes en términos de años de vida con calidad. Lo que se usa para determinar la eficacia de los tratamientos son los indicadores de morbimortalidad³, que dependen de muchos otros factores del contexto. Por lo tanto, no es posible analizar el impacto de los fármacos obtenidos mediante recursos de amparo en la calidad de vida de los pacientes (recuadro 6.1).

Cabe destacar que en las entrevistas realizadas para esta investigación se mencionaron dos factores que, a futuro, podrían aumentar de modo considerable el número de recursos de amparo por medicamentos. El primero de ellos es la tendencia actual de desarrollar fármacos a la medida de un único paciente, gracias a los notables avances de la Biología Molecular (E: Zeledón, 2011). La Ingeniería Genética tiene una importancia cada vez mayor en la industria farmacéutica y las drogas sintetizadas

▶ Recuadro 6.1

Efectos en los pacientes de los medicamentos obtenidos por medio de recursos de amparo

En la CCSS y sus centros especializados existe un vacío de información sobre los efectos de los medicamentos prescritos por orden de la Sala Constitucional, en comparación con la oferta existente en la Lista Oficial de Medicamentos (LOM). Un estudio reciente de Frithjof y Wilson (2014) confirma la relevancia, no solo de profundizar en el tema, sino también de abrir un debate ético y médico que aún debe darse en el país, sobre la creciente judicialización de las decisiones en materia de salud.

La investigación analizó una muestra aleatoria de 37 recursos de amparo declarados con lugar en 2008 y clasificó los tipos de medicamentos

Fuente: Frithjof y Wilson, 2014.

que la CCSS fue obligada a proporcionar, según criterios de prioridad asociados a los resultados en la salud de los pacientes. Se definieron así cuatro grupos de medicamentos: alta, media y baja prioridad, e intervenciones experimentales. La principal conclusión es que el 73% de los casos se ubicó en las categorías de baja prioridad e intervenciones experimentales, es decir, los fármacos entregados generaron un beneficio marginal bajo (definido por el tiempo de vida ganado por el paciente), lo cual se pudo demostrar mediante el estudio de casos individuales. El 27% restante se considera razonable en términos de prioridades en salud.

2 Debe tomarse en cuenta que hasta 2009 el medicamento Trastuzumab no pertenecía a la LOM.

3 Se refiere a las estadísticas sobre las principales enfermedades y causas de muerte registradas en el país.

mediante sus procedimientos representan un sector creciente en el mercado. El segundo factor es la posibilidad de que las medidas de protección de datos de prueba, adoptadas por el país al suscribir el TLC con Estados Unidos, dificulten el uso de medicamentos genéricos (E: Armijo, 2011 y Villalobos 2011).

Dos hospitales nacionales reciben diez veces más recursos que el promedio

De acuerdo con Román (2013), en el período 2006-2009 la proporción de recursos de amparo, tanto por consultas médicas como por medicamentos, aumentó en términos generales en todo el sistema de salud (cuadro 6.3). Sin embargo, hay diferencias entre centros de salud según el nivel de atención al que pertenecen, así como dentro de un mismo nivel. La mayor cantidad de acciones se dirige contra los tres Hospitales Nacionales (Calderón Guardia, México y San Juan de Dios), lo cual parece demostrar que los asegurados buscan el apoyo de la Sala Constitucional para acceder a tratamientos especializados. En los hospitales San Juan de Dios y Calderón Guardia el número de recursos por cada 100.000 medicamentos despachados es casi 10 veces mayor que el promedio general, pero solo 1,4 veces mayor en los casos relacionados con el servicio de consulta externa. Los demás niveles de atención reciben cantidades semejantes de reclamos por consultas médicas.

También hay diferencias entre las regiones de salud. Aquellas donde se ubican los centros especializados que, por lo general, son centros de referencia, tienen las mayores tasas de recursos de amparo. Por su parte, la región Brunca mostró tasas más altas que el resto del país en los últimos dos años. Las cifras de recursos por consultas médicas muestran que el fenómeno trasciende las especialidades de alta complejidad.

Los actores son diversos y sus posiciones poco organizadas

Con base en la revisión documental y las entrevistas efectuadas se identificaron al menos cinco grupos de actores en el fenómeno de judicialización de la entrega de medicamentos: la CCSS, los centros médicos, la Sala Constitucional, los médicos y los asegurados (diagrama 6.1).

En lo que concierne a la CCSS, no existe una posición oficial sobre los recursos de amparo para entrega de medicamentos, más allá de la obligación legal de acatar las sentencias de la Sala Constitucional. Después de veintitrés años de recibir reclamos por el mismo motivo, la institución no ha elaborado siquiera un protocolo de respuesta, ni hay evidencia de que se dé seguimiento permanente al tema. Por su parte el CCF, que es el responsable exclusivo de tomar las decisiones sobre la Lista Oficial de Medicamentos, ha rendido pocos informes.

▮ Cuadro 6.3

Recursos de amparo por cada 100.000 medicamentos despachados y consultas médicas brindadas. 2006-2009

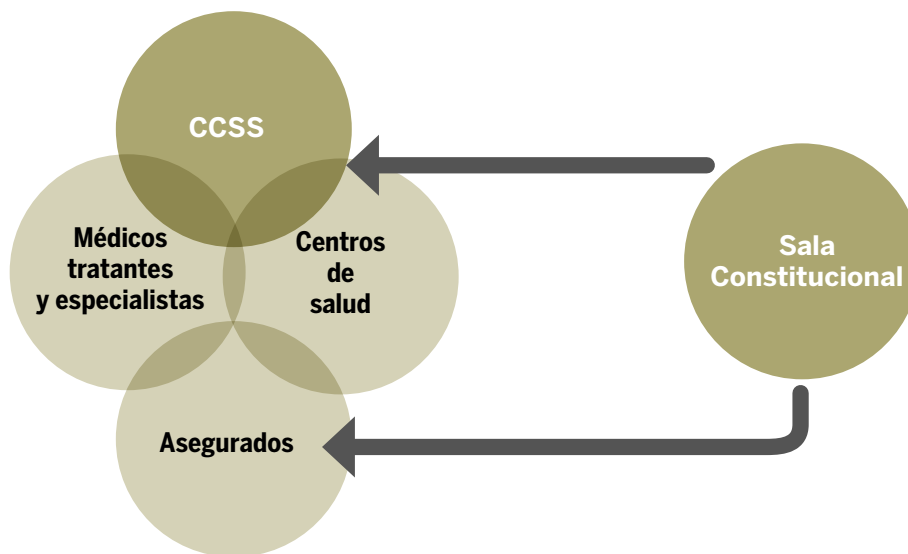
	2006	2007	2008	2009	Total
Por medicamentos despachados					
Consulta Externa	0,5	0,5	0,4	0,5	697
Hospital Calderón Guardia	3,1	2,8	2,8	3,1	150
Hospital San Juan de Dios	2,2	3,8	3,8	3,2	108
Hospital México	5,1	3,3	2,5	2,2	125
Por consulta médica					
Hospitales Nacionales ^{a/}	9,2	8,9	9,3	9,5	403
Hospital Calderón Guardia	11,0	10,1	14,1	17,3	150
Hospital San Juan de Dios	6,8	13,5	13,5	11,4	108
Hospital México	15,0	11,1	8,3	7,0	125
Áreas de salud de segundo nivel	0,7	0,3	0,9	0,5	44
Áreas de salud de primer nivel	0,1	0,1	0,1	0,0	19.

a/ La categoría "Hospitales Nacionales" incluye a los hospitales Calderón Guardia, México, San Juan de Dios y los especializados de tercer nivel.

Fuente: Román, 2013.

► Diagrama 6.1

Actores de la judicialización de la entrega de medicamentos



Fuente: Román, 2013.

Además de algunas intervenciones puntuales en foros o en la prensa, el único documento formal que se pudo localizar en esta investigación fue un estudio elaborado a raíz de una solicitud de información realizada por el PNUD (CCSS, 2008). Finalmente, si bien el CCF recibe un informe anual de cada comité local⁴, los datos no están a disposición del público.

Al no existir una estrategia institucional para atender los casos, es usual que los centros médicos presenten ante la Sala Constitucional argumentos que contradicen los criterios del CCF, o bien que atribuyan la responsabilidad del desabastecimiento al Almacén Central de la CCSS, sin importar si los pedidos se hicieron a tiempo o no (E: Sibaja, 2011). Además se encontró que, a nivel interno, el peso de la respuesta recae sobre la Dirección de Farmacia de cada centro hospitalario, el cual debe documentar el caso con la información del expediente, los trámites de compras especiales y el manejo de los inventarios.

De todos los actores, la Sala Constitucional es la que ha tenido la posición más clara y consistente. Ha optado por la vía garantista, con interpretaciones en defensa de la salud como un derecho social y, en tanto el recurso no

solicite medicamentos en fase experimental, su criterio es prácticamente unánime a favor del asegurado y del principio de libre prescripción médica. Los votos de mayoría son lo usual y la jurisprudencia reafirma y desarrolla los conceptos de las primeras sentencias: la salud es un bien fundamental superior, el asegurado tiene derecho a recibir lo mejor que exista y su médico prescriba y la CCSS desperdicia muchos recursos por una gestión ineficiente.

Por su parte, los asegurados que acuden a la Sala no tienen una representación organizada, pero ostentan el poder que les concede un tribunal de última instancia que no tiene barreras de entrada ni costos de salida para los recurrentes, aunque sí para la CCSS y el Estado. Los pacientes oncológicos son motivados por la urgencia, y otros pacientes de patologías poco comunes cifran sus esperanzas en las innovaciones terapéuticas. También hay casos, menos frecuentes, de personas molestas por la ineficiencia del sistema, que se cansaron de esperar incluso los productos de consumo masivo que prescriben los médicos generales, como crema de rosas o acetaminofén.

Una conclusión relevante de este análisis es que los asegurados no tienen interés en “sacarle plata a la CCSS”,

⁴ Los comités locales de farmacoterapia son las instancias de enlace entre el CCF y los hospitales y centros de atención de todo el país. Son conformados por médicos generales, especialistas y otros profesionales en Ciencias de la Salud, cuya función es evaluar el uso clínico de los medicamentos incluidos en la LOM, participar en programas de educación sobre el tema, formular recomendaciones y remitir informes al CCF.

sino en que se les brinde un medicamento o procedimiento que por algún motivo no están recibiendo. Evidencia de ello es que “no se recuerdan registros de casos por ejecución de sentencia. Solo hay un caso de un asegurado que pidió indemnización para cubrir los gastos de representación legal y la Junta Directiva aprobó pagarle 70.000 colones.” (E: Sibaja, 2011).

En 2014 el hospital San Juan de Dios fue notificado de una demanda en su contra, interpuesta por una asegurada ante el Tribunal de lo Contencioso Administrativo. Se trata de una paciente diagnosticada con cáncer de mama, que presentó y perdió un recurso de amparo para recibir un fármaco (Denosumab), por lo que trasladó la demanda a otra instancia. Aunque a la fecha de edición de este Informe la resolución del caso aún estaba pendiente, surge una preocupación por la eventual apertura de una nueva vía judicial para acceder a los medicamentos, o para que la CCSS reciba demandas civiles.

Finalmente, en la base del esquema de los actores y sus posiciones se ubican los especialistas y médicos tratantes que presionan por la introducción de nuevos fármacos y cuyas acciones no son fiscalizadas. Aunque existe la posibilidad legal de abrir un procedimiento disciplinario a un médico que prescriba medicamentos irrespetando los protocolos de la LOM, éste nunca se ha utilizado. Por otra parte, es claro el comportamiento corporativo de estos profesionales, quienes actúan más coordinadamente como gremio.

Durante las entrevistas claramente se detectó una preocupación por la posible injerencia de las casas farmacéuticas en este proceso. Hay una presunción de que las acciones de los especialistas podrían estar reflejando los intereses de terceros. Por este motivo, desde agosto de 2006 los médicos deben firmar un documento que certifica que no están recibiendo ningún beneficio personal al prescribir medicinas que no están en la LOM. La “Declaración de Honestidad Intelectual” fue agregada al formulario de solicitud de medicamentos especiales de la CCSS. En esta investigación no fue posible localizar algún caso en que la CCSS haya iniciado un procedimiento contra un médico por transgredir esa declaración.

Bajo impacto financiero de los recursos de amparo por medicamentos

Se desconoce el impacto financiero global que generan sobre el seguro de salud las sentencias de recursos de amparo por medicamentos. Como se mencionó en secciones previas, las escasas cifras disponibles no favorecen la tesis de que esos fallos pongan en riesgo la sostenibilidad financiera del sistema de seguridad social. En un

estudio sobre cuatro países de América Latina, Mæstad et al. (2011) concluyeron que los argumentos gubernamentales sobrevaloran la amenaza financiera de los procesos judiciales en esta materia, pues en los casos de mayor litigiosidad el gasto adicional representa alrededor del 5% del presupuesto de salud.

Aprovechando los datos del estudio que la CCSS (2008) presentó al PNUD, se calculó el gasto derivado de las sentencias de la Sala Constitucional (véase la sección “Metodología”). Esta es la única fuente de información sobre gasto por medicamentos específicos que fue posible obtener. Es un desafío para futuras investigaciones, y para la misma CCSS, recopilar nuevos datos para seguir afinando las estimaciones.

Luego de contrastar el estudio de la CCSS con la base de datos construida para la presente investigación, se elaboró una lista de medicamentos comunes para ambas fuentes. A partir de esa información, se estimó el costo derivado de los 68 recursos de amparo presentados por 83 pacientes en 2008 -según la base de datos de este trabajo- y se obtuvo un gasto de 1.752.185,0 dólares, cifra que supera en 192.071,1 dólares la estimada en el informe de la CCSS y equivale a un 1,2% del presupuesto de medicamentos de esa institución.

Cabe aclarar, sin embargo, que debido a las limitaciones de información no fue posible incluir en el cálculo un 36% de casos registrados en la base de datos de recursos de amparo por medicamentos para el año 2008 (véase la sección “Metodología”). En esos casos no se solicitaban fármacos pertenecientes al grupo de “los veinte más caros” y una estimación aproximada de su costo arrojó un dato final que elevaría la proporción antes citada a no más del 1,5% del presupuesto de medicamentos de la CCSS.

El gasto per cápita en este rubro se estima en 21.110,7 dólares para los productos entregados por orden de la Sala Constitucional, versus 32,8 dólares en promedio cuando se considera el gasto total en medicamentos de la institución. Solo dos de los medicamentos entregados vía recursos de amparo (Ibersatán y Trastuzumab) están en la lista de los veinte más generadores de gasto.

El cuadro 6.4 muestra el cálculo ampliado a la asignación de gasto per cápita. En este caso, considerando los 83 asegurados que obtuvieron sentencias favorables en 2008, a un costo promedio de 21.110,7 dólares cada uno, el gasto total de ese año ascendería a 2,3 millones de dólares. Sin embargo, el error de estimación puede ser elevado, ya que la dispersión del costo promedio por medicamento es muy alta⁵ (23.518,2 dólares).

La cifra no parece haber variado mucho. En 2005 una

⁵ Valores atípicamente extremos (bajos o altos) generan una dispersión que afecta el promedio.

► Cuadro 6.4

Gasto en medicamentos como resultado de recursos de amparo, según origen de los datos. 2008

	Caja Costarricense de Seguro Social	Base de Román
Asegurados con sentencias a favor	78,0	113,0
Asignación per cápita (\$)	20.001,5	21.110,7
Gasto en medicamentos por recursos de amparo(\$)	1.560.114,3	2.385.505,4
Presupuesto total en medicamentos (dólares)	150.000.000,0	150.000.000,0
Porcentaje del gasto por recursos de amparo	1,0	1,6

Fuente: Elaboración propia con base en CCSS, 2008.

nota de prensa resaltaba que en el año previo “los magistrados de la Sala Constitucional declararon con lugar 40 de ellos [recursos de amparo], por lo que la entidad se vio en la obligación de suministrar a estos pacientes los fármacos prescritos por sus médicos, lo que significó una inversión de €229,9 millones. De ellos, 16 pacientes consumieron, en total, €201,257.160. Son los pacientes con cáncer, cuyos medicamentos, en un número importante de los casos, no se encuentran en la Lista Oficial de Medicamentos (LOM) de la CCSS” (Morris, 2005). Más recientemente, *La Nación* reportó que 106 reclamos por medicamentos planteados en 2009 le costaron a la CCSS 1,5 millones de dólares (Arguedas, 2011).

Es importante destacar que los pocos datos conocidos están subestimados, pues solo incluyen la compra de medicamentos en un período presupuestario. No se considera que muchos de los recurrentes deben seguir recibiendo el tratamiento por lapsos prolongados, y algunos incluso por el resto de sus vidas. Por ejemplo, en el hospital San Juan de Dios hay pacientes que tienen más de dieciséis años de recibir Trastuzumab, tras haber obtenido una resolución favorable de la Sala Constitucional (E: Chavarría, 2011).

Para afinar la medición también hay que considerar los costos asociados al trámite, respuesta y resolución de un recurso de amparo, procesos que suponen múltiples pasos e involucran a una gran cantidad de personas. El costo total dependerá, por ejemplo, del punto de entrada del recurso, es decir, de las entidades e individuos específicos contra las que el asegurado dirige el recurso, y de quién lo redactó (el asegurado o un asesor legal). Luego hay una variedad de caminos que pueden seguir los trámites dentro de la CCSS.

Independientemente del punto de entrada, en todos los casos la Sala Constitucional y las autoridades de la CCSS derivan el caso hacia el centro de salud donde la persona asegurada es atendida, para que brinde la información correspondiente. El diagrama 6.2 presenta, des-

de la perspectiva de la CCSS, las cuatro posibles vías para la entrada de un recurso de amparo. Como se observa, las comunicaciones internas funcionan como una escalera: cada nivel remite los casos al nivel inmediato inferior o superior en la estructura institucional.

Una vez listados todos los pasos y personas que intervienen en el proceso es necesario generalizar el costo por hora de la planilla, pero es imposible conocer el detalle de los salarios realmente devengados por el personal involucrado en cada trámite. La información que publica la institución incluye el salario base y el monto por cada anualidad; sin embargo, solo por este último concepto la estimación puede variar de modo sustancial.

Por otro lado, se deben cuantificar los gastos en que incurren el sistema de administración de justicia y los mismos asegurados. En el caso de la Sala Constitucional es necesario considerar el trámite interno y el personal involucrado en los distintos pasos, y en el caso de los asegurados hay que tener en cuenta costos directos (como la contratación de un abogado o la compra del medicamento disputado con su propio dinero) y costos indirectos e intangibles, relacionados con la salud de la persona.

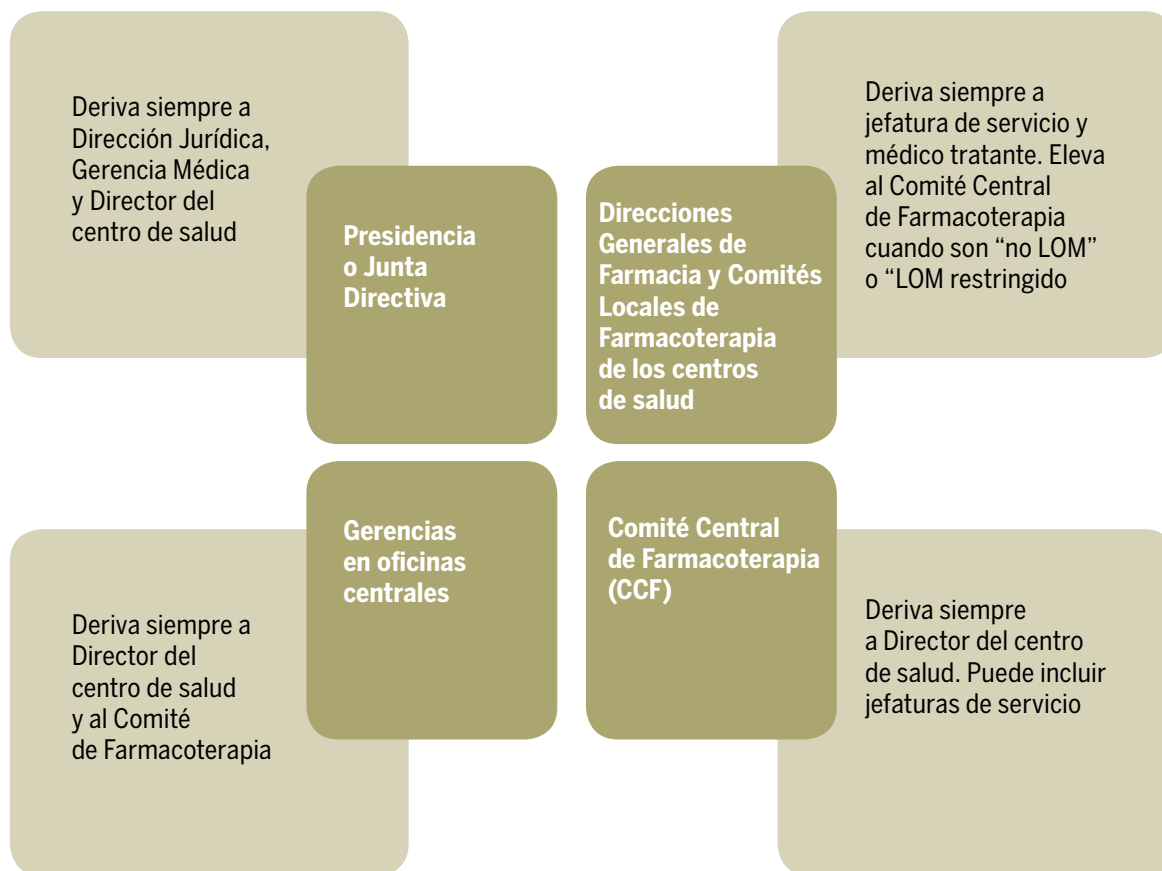
Efecto de la jurisprudencia constitucional en las políticas de la CCSS

La mayoría de las resoluciones de la Sala Constitucional tiene un alcance individual para la persona que interpuso el recurso, pero en ocasiones el tribunal ha llegado a solicitar cambios de carácter más institucional, sobre la administración de la CCSS y que, por lo tanto, impactan a todos los asegurados.

Hasta fecha muy reciente no era posible documentar el efecto que han tenido sobre la política institucional de la CCSS, y del Poder Judicial mismo, las más de 2.000 sentencias por medicamentos que la Sala Constitucional ha emitido a lo largo de veinticinco años. Según la información recabada para este estudio, los únicos antecedentes previos al 2010 son:

► Diagrama 6.2

Puntos de entrada a la CCSS de un recurso de amparo por medicamentos



Fuente: Román, 2013.

- La elaboración de una política para la atención de pacientes con VIH-SIDA en 1999, luego de que por primera vez se declarara con lugar un recurso de amparo por medicamentos “no LOM”.
- La reactivación del programa de trasplantes de la CCSS, en respuesta a la sentencia 14639-2006 de la Sala Constitucional, que ordenó al Ministerio de Salud tomar las medidas necesarias para cumplir con la “Ley de autorización para trasplantar órganos y materiales anatómicos humanos” (n° 7409, de 1994).
- La incorporación de la vacuna contra el neumococo para niños y adultos en el cuadro básico del plan nacional de vacunación, por mandato de varias sentencias dictadas en 2009⁶.

El 2010 marcó un punto de inflexión en el debate institucional sobre el fenómeno de judicialización de la salud, hasta ese momento caracterizado por pocos espacios de diálogo y una tensa relación entre la CCSS y la Sala Constitucional. En ese año se creó la Comisión de Derecho a la Salud en el Colegio de Abogados, desde la cual se ha promovido el acercamiento entre los diversos actores involucrados (E: Vargas, 2011).

Entre 2011 y 2013 se realizaron tres encuentros nacionales sobre derecho a la salud, en los que participaron magistrados y letrados de la Sala Constitucional, autoridades de la CCSS, miembros de la academia, representantes del Colegio de Abogados y especialistas del Banco Mundial. Como resultado de estos ejercicios, Costa Rica fue invitada a participar en la Iniciativa del Banco Mundial sobre Derecho a la Salud.

⁶ Sentencias 2639-2009, 2640-2009, 2641-2009, 2009-008313 y 2009-8339.

Luego de la participación de representantes de la CCSS y de la Sala en dos foros internacionales auspiciados por el Banco Mundial, el tribunal constitucional estableció una alianza con la organización Colaboración Cochrane, para formar recursos humanos y convertir a Costa Rica en el primer país que usará de modo sistemático el paradigma de Medicina basada en evidencia en sus procesos de rendición de cuentas judiciales. Como primer resultado de este esfuerzo, en junio de 2014 concluyó la capacitación de dieciséis letrados y cuatro especialistas en Medicina Legal.

En 2013 por primera vez el Cendeiss impartió un curso sobre protocolos de respuesta a recursos de amparo por derecho a la salud, en el que participaron veinte abogados y veinte directores médicos de la CCSS.

En agosto de 2014 se celebró en Costa Rica el Cuarto Congreso Internacional de Derecho a la Salud. En esa oportunidad el magistrado Castillo Víquez presentó una ponencia en la cual expresa que, si bien la Sala Constitucional no tiene como objetivo hacer políticas públicas, durante muchos años, por evidencia de deficiencias en la gestión de la CCSS en materia de derecho a la salud, ha emitido sentencias que intervienen directamente en la administración del seguro de salud. En este sentido, tres sentencias recientes se consideran emblemáticas, pues reflejan el impacto de los recursos de amparo en las políticas institucionales:

- ▶ Resolución 6159-2012: ordena el desarrollo del sistema de expediente único en salud, tarea que al CCSS tiene pendiente desde hace más de una década.
- ▶ Resolución 4221-2013: fija un plazo de dos años para la elaboración de un plan que racionalice las listas de espera. De ella se deriva un acuerdo de la Junta Directiva de la CCSS para cumplir con ese mandato.
- ▶ Resolución 3337-2014: declara sin lugar la petición de un paciente que sufre de esclerosis múltiple y solicita el medicamento Natalizumab. La Sala argumentó que, con base en el paradigma de la Medicina basada en evidencias, existe suficiente información científica para sustentar una expectativa razonable de beneficio con el uso de otro medicamento, denominado Azatioprina, que fue el originalmente prescrito al paciente. Esta es la primera vez que el tribunal resuelve con un criterio distinto al del médico tratante.

Es clara la homogeneidad que priva en el criterio de la Sala y que se comprueba en el hecho de que, en ocho años analizados, solo 64 sentencias de recursos de amparo por medicamentos tuvieron votos salvados de uno o varios magistrados, menos del 5% del total estudiado (1.316).

Por último cabe señalar que en ocasiones la Sala ha dictado sentencias que la CCSS materialmente no puede acatar, es decir, se le obliga a hacer lo imposible. En estos casos, que son pocos, se solicitan medicamentos que no existen como producto comercial en el mundo o que no son ofrecidos por ningún proveedor. Así ha sucedido, por ejemplo, con los fármacos Trientina, Lipidol, sulfato de zinc, Finasteride y Atra, entre otros (E: Chavarría, 2011).

Más allá de estos casos especiales, en los que la CCSS se ve imposibilitada de cumplir las sentencias, cabe destacar que, cuando ordena “entregar de manera inmediata”, como se acostumbra en las resoluciones, la Sala parece desconocer la lentitud de los procesos de compra que se efectúan de conformidad con la Ley de Contratación Administrativa.

Cumplimiento de sentencias por parte de la CCSS

De acuerdo con los datos del sistema de seguimiento de las resoluciones de la Sala Constitucional-desarrollado en conjunto por ese tribunal y el Programa Estado de la Nación-entre el año 2009 y mayo de 2013 el 88% de todos los fallos emitidos había sido acatado. Sin embargo, el panorama es muy distinto cuando se analiza el grado de cumplimiento por institución y según los plazos fijados por la Sala. Ninguna de las entidades que con mayor frecuencia son objeto de recursos de amparo logró superar el 25% de sentencias cumplidas en el tiempo establecido. En el caso de la CCSS la proporción fue del 20% (cuadro 6.5).

El sistema de seguimiento también indaga acerca del grado de satisfacción que manifiestan los recurrentes con respecto a la Sala, una vez finalizado el proceso. En una escala de 1 a 10, en la que 10 corresponde al puntaje máximo, el tribunal obtiene calificaciones mayores cuando las sentencias se refieren a asuntos de salud y tránsito (9,4 en ambos casos) y menores cuando los temas tienen que ver con la gestión municipal y el ambiente (8,1 y 8,2, respectivamente). Considerando las instituciones demandadas, la satisfacción es menor entre las personas que interpusieron recursos contra el Servicio Civil (7,6 puntos), pero bastante mayor cuando se trató de la CCSS (9,4 puntos; PEN, 2013).

De las 79 personas que demandaron a la CCSS y sus dependencias en el período analizado, un 32,9% dijo estar medianamente satisfecho con la respuesta obtenida (calificación de 5 a 7) y el 59,5% manifestó tener un alto grado de satisfacción (más de 8). Cabe señalar que la valoración sobre el trabajo de la Sala Constitucional es superior a la de la CCSS y los centros de salud: a la primera el 66,7% de las personas le otorgó la calificación máxima (10), mientras que para los segundos la proporción fue de 26,6%.

► Cuadro 6.5

Cumplimiento a tiempo de sentencias de la Sala Constitucional, según institución recurrida

Institución	Total de sentencias	Cumplimiento a tiempo (%)
Ministerio de Educación Pública	960	14,7
Caja Costarricense de Seguro Social	789	20,5
Servicio Civil	913	1,0
Municipalidades	333	25,2
Ministerios	357	19,9
Resto del sector público	341	16,4
Otros recurridos	114	12,3
Total	3.807	14,1

Fuente: PEN, 2013.

Mediante una serie de entrevistas a autoridades de la CCSS y de los hospitales que son objeto de más recursos, se determinó que, en general, el sistema de seguimiento ha impactado de manera más palpable el trabajo de la Asesoría Legal de la institución. Los jefes de esa instancia reconocen que las sentencias de la Sala Constitucional han ayudado a la Caja a identificar áreas de mejora y a desarrollar protocolos de atención. Además se encontró que, por medio de la Comisión de Derecho a la Salud del Colegio de Abogados, el acercamiento entre ambas entidades ha permitido una mejor comprensión del procedimiento de amparo por parte de las jefaturas

médicas y ha incidido en que se dé una mejor respuesta técnica. Por su parte, la Sala ha entendido mejor cómo funciona la CCSS, qué puede hacer y qué no. Este último asunto es el que más preocupa a las personas consultadas: la mayoría afirmó que la Sala debe entender mejor el funcionamiento de la CCSS, su razón de ser y los principios que la rigen. En cambio, se nota una resistencia a entrar en procesos de mejora sistémica, que prevengan la interposición de más recursos, y un interés mayor en desarrollar capacidades para defenderse de ellos (Marín, 2013).

Metodología

La unidad de estudio del presente trabajo son los recursos de amparo por medicamentos que recibió la Sala Constitucional en el período 2006-2013. A lo largo del documento se mencionan algunos casos de años previos o posteriores, pero solo como información complementaria. Se utiliza como base y se actualiza la tesis de Román (2013).

Se construyó una base de datos sobre sentencias de la Sala Constitucional, que tuvo como fuente los registros digitalizados del Sistema Costarricense de Información Jurídica (SCIJ). En este Sistema se puede consultar la jurisprudencia del tribunal constitucional y hacer búsquedas de acuerdo con las necesidades del investigador. Sin embargo, vale mencionar que no contiene la totalidad de los asuntos ingresados, pues la Oficina de Información de la Sala utiliza un criterio de relevancia para trasladar al SCIJ solamente los que se consideran importantes. Esto podría llevar a conclusiones incompletas desde el punto de vista estadístico, por falta de datos, o en el peor de los casos, a errores que podrían juzgarse como sesgos.

La investigación usó el procedimiento de “búsqueda simple” en el SCIJ, escribiendo la palabra “medicamentos” en la base de datos de jurisprudencia constitucional. Todas las sentencias identificadas se ordenaron según el año y se definieron como válidos para lectura completa los casos en los que el texto de la resolución contenía la palabra “medicamentos” y correspondían a recursos planteados contra la CCSS o alguna de sus dependencias, en cualquier nivel de atención de la red de servicios de salud. Mediante la lectu-

ra completa de cada una de las sentencias seleccionadas se extrajeron nueve variables que se incluyeron en la base de datos construida como parte de este trabajo (cuadro 6.6).

Posteriormente se crearon variables adicionales para el período 2006-2009, considerando el tipo y región de los centros de salud demandados, la clasificación de los medicamentos en la LOM y la categorización de la sentencia (1 si otorgó el medicamento más las costas procesales, 2 si solo ordenó el pago de costas procesales y 3 para otros resultados, por ejemplo, casos en que el fármaco fue entregado antes de que se emitiera la resolución). Para el período 2009-2013 la base de datos de medicamentos fue complementada con doce variables extraídas del sistema de seguimiento de sentencias de la Sala Constitucional (cuadro 6.7).

Para los medicamentos que figuran en la lista de los veinticinco más solicitados por la vía de recursos de amparo, se agregó una variable que identifica si pertenecen a la LOM (dos categorías: código almacenable o código restringido) o si son “no LOM”.

Para las sentencias dictadas entre 2006 y 2009, se eliminaron alrededor de treinta casos vinculados con tratamientos de quimioterapia, radioterapia, braquiterapia y acelerador lineal, porque en la mayoría de ellos no se pudo determinar con certeza si el recurso se presentó por la falta de un medicamento, o porque el recurrente no recibió el procedimiento médico (a menudo por daños en los equipos). Además se desearon veinticinco casos en los que el asegurado demandó primero

▮ Cuadro 6.6

Descripción de variables incorporadas a la base de datos

Nombre	Variable
Año	Año
Número de la sentencia	N sentencia
Número del expediente	N expediente
Resolución en texto de la sentencia	Resolución {Con lugar, Sin Lugar, Otra}
Instancia contra la que se presenta el recurso	Centro Recurrido {1 ... 7}
Persona contra quien se interpone el recurso	Dr. Recurrido {1 ... 15}
Nombre del medicamento solicitado	Nombre del medicamento (principio activo o marca)
Médico tratante identificado	Médico Tratante {1 ... 3}
Número de asegurados involucrados	# asegurados
Número de magistrados que salvaron su voto	No. de votos salvados

Fuente: Román, 2013.

► Cuadro 6.7

Descripción de variables incorporadas en la base de datos

Nombre	Variable
Fecha del voto	Fecha en dd/mm/aa
Parte dispositiva	Texto con resumen del por tanto
Tipo de sentencia	Plazo simple, plazo mixto
Nacionalidad	Nacional, extranjero, no indica
Clasificación recurrido	Director, presidente, administrador, jefe, gerencia
Estado de seguimiento	Pendiente de llamada, pendiente de plazo, pendiente de localizar, terminado, pendiente de cumplimiento.
Estado expediente	Pendiente, notifica voto, archivado
Llamadas efectuadas	# De llamadas realizadas
Satisfacción recurrente con la sala	1 significa que usted no está nada satisfecho y 10 significa que usted está totalmente satisfecho 99 si no hubo llamada"
Satisfacción recurrente con la institución recurrida	1 significa que usted no está nada satisfecho y 10 significa que usted está totalmente satisfecho 99 si no hubo llamada"
Grado cumplimiento	Cnp: cumplimiento no probado Or: cero cumplimiento C: cumplimiento Cp: cumplimiento parcial Cd: cumplimiento con disconformidad ^{a/} Ci: cumplimiento con inconformidad ^{a/} Cs: cumplimiento sin localizar... Et: en trámite I: incumplimiento Ic: no existe Pd: pendiente de resolver desobediencia Gdp: gestión de desobediencia pendiente

a/ La aparente duplicación de esta variable y la anterior es un error de origen en el sistema de seguimiento.

Fuente: Román, 2013.

a un centro penitenciario (dependencia del Ministerio de Justicia), porque la mayoría se debió a quejas de los privados de libertad en relación con el acceso a atención médica oportuna y el tema de medicamentos era secundario.

La falta de información fue una barrera importante para profundizar en el análisis. Sobre las sentencias, no hay una fuente de datos con calidad, cobertura y oportunidad suficientes a la que los interesados puedan acceder con facilidad. Por ejemplo, para un estudio pormenorizado, los textos de los fallos no contienen datos sobre: edad y sexo del asegurado, fecha de aseguramiento, detalle del tratamiento (dosis, duración), entre otros.

Cálculo del costo de los recursos de amparo por medicamentos

En relación con el costo de los medicamentos, como ya se mencionó, fue difícil obtener información pública.

Se desconoce si esto se debió a un problema de poca transparencia institucional, o más bien a la falta de sistematización de los datos. Solo a partir de 2010 (distintos meses para cada hospital) se tiene información detallada del consumo y gasto en medicinas por paciente gracias al Sistema Integrado de Farmacia (SIFA), pero tampoco es pública; su disponibilidad depende del acceso que deseen brindar los directores de Farmacia de cada centro de salud. Tampoco hay un registro público de los precios a los que la CCSS compra todos los fármacos, que permitiría mejorar las estimaciones cuando sea imposible rastrear en el tiempo el consumo específico de medicamentos de cada paciente.

A pesar de las limitaciones mencionadas, la principal ventaja de la fuente utilizada es que permite replicar el trabajo en otros años. No obstante, debe dedicarse un tiempo considerable a depurar la información para estandarizar los nombres de los medicamentos y, de esta forma, po-

der analizar la base de datos de recursos de amparo de la Sala Constitucional, tal como se hizo con la construida por Román (2014) para el período 2006-2013.

La estimación del costo de los recursos de amparo por medicamentos y la forma de calcularlo se presentan en el cuadro 6.8. La fuente de información es un estudio preparado por la CCSS para el PNUD, en el cual se consignó el precio de estos productos (2008). El costo se multiplicó por el número de personas que obtuvieron una sentencia favorable para el suministro del fármaco solicitado.

La información de la CCSS y la base de datos construida para este estudio difieren en el número de sentencias y de asegurados que recibieron los medicamentos (hay más personas en la segunda). Asimismo, se encontraron discrepancias en las cantidades de medicamentos: ocho productos reportados por la CCSS que no fueron registrados en la base de datos de esta investigación y, viceversa, veintisiete fármacos contabilizados para este capítulo que no se mencionan en el informe preparado para el PNUD. Esto podría deberse a tres motivos:

- ▶ Recursos de amparo que fueron resueltos en 2008 pero fueron presentados en años anteriores. En ese caso, estarían incluidos en los registros de la CCSS, pero no en la base de datos de este estudio.
- ▶ Recursos de amparo que no fueron incluidos en el informe de la CCSS, por no considerarlos de alto impacto para el gasto institucional. En este trabajo, todos los medicamentos identificados fueron incorporados a la base de datos.
- ▶ La diferencia en la cobertura temporal de cada investigación. La información disponible en el Sistema Costarricense de Investigación Jurídica (SCIJ) se actualiza permanentemente, por lo que en esta investigación se podrían haber detectado casos que se resolvieron en fecha posterior a la presentación del informe de la CCSS.

Agenda de investigación futura

Del estudio presentado en este capítulo se derivan tres temas relevantes para futuras investigaciones:

- ▶ El debate existente entre la CCSS y la Sala Constitucional sobre cuál criterio debe prevalecer: el del médico tratante o un perito independiente, o bien el de un cuerpo colegiado como es el Comité Central de Farmacoterapia (CCF). Si la sentencia de la Sala contradice la opinión del cuerpo

colegiado, ¿estarían sus decisiones sustituyendo el acto médico? y ¿qué tipo de responsabilidad cabría atribuir a la Sala si un medicamento entregado por orden suya afecta de manera negativa al paciente? En todo caso, es claro que en la asignación del gasto para medicamentos la decisión judicial sí sustituye a la planificación institucional.

- ▶ ¿Hasta dónde deben garantizarse los derechos ciudadanos frente a las limitaciones económicas del Estado, atendiendo los principios de progresividad y no regresividad? Pese a que, en sus declaraciones a la Sala Constitucional, la CCSS reiteradamente ha manifestado su preocupación por el efecto que tienen las resoluciones de ese tribunal sobre la racionalidad, oportunidad y eficiencia del gasto en medicamentos, la Sala no admite tal argumento y en su jurisprudencia ha insistido en que las consideraciones presupuestarias no son excusa para desatender las necesidades de los asegurados. Por ello sigue siendo urgente discutir cuál es la mejor manera de distribuir los escasos recursos del Estado para poder “darle todo a todos”, incluso medicamentos de altísimo costo por paciente.
- ▶ Otra interrogante es cuáles deben ser los derechos de las personas que no son solidarias con el sistema. El hecho de que se tenga acceso al paquete completo de beneficios del seguro de salud desde el momento mismo de la inscripción en el sistema, es un potencial incentivo para el comportamiento oportunista, esto es, personas que nunca antes habían cotizado en el régimen de salud y solo acuden a él por una emergencia médica que implica un alto costo económico. Si bien esta problemática trasciende el estudio de los recursos de amparo en materia de salud, cabe plantear si la Sala Constitucional debería considerar cómo ese comportamiento afecta los principios de equidad y solidaridad. Asimismo, cabe preguntar si, al analizar los casos y emitir sus resoluciones, ese tribunal debería tomar en cuenta los efectos de órdenes para cirugía u otras intervenciones, que acortan la espera de la persona que ganó el recurso de amparo y la colocan en una posición de ventaja en la lista de espera, pero en detrimento de los demás pacientes que no han interpuesto recursos, y de las programaciones ya establecidas por los centros de salud.

La CCSS debe dar seguimiento a todos estos temas, de modo que pueda construir argumentos basados en evidencia empírica sobre los efectos de la jurisprudencia constitucional en la sostenibilidad del régimen.

► Cuadro 6.8

Estimación del gasto en medicamentos como resultado de recursos de amparo. 2008 (dólares)

Medicamento solicitado	Informe y datos de la CCSS				Base de datos Román			Diferencia entre el costo de la CCSS y el de Román
	Recursos de amparo	Pacientes	Costo total del medicamento	Costo por persona	Recursos de amparo	Pacientes	Costo por persona	
Ácido Zoledrónico (Zometa)	2	2	4.320	2.160	2	2	4.320	
Altruline	1	1	540	540				540
Anastrozol (Arimidex)	3	3	7.631	2.544	2	2	5.087	2.544
Bevacizumab	8	8	181.400	22.675	9	9	204.075	-22.675
Bortezomid	1	1	79.200	79.200	1	1	79.200	
Carboplatino	2	2	2.472	1.236				2.472
Carvedidol (Coreg)	2	2	410	205				
Ciclofosfamida	1	5	18.060	3.612	3	9	32.508	-14.448
Co-Aprovel	1	1	533	533	3	3	1.598	-1.066
Docetaxel	2	2	16.848	8.424				16.848
Erlotinib (Tarceva R)	1	1	29.970	29.970				29.970
Escitalopram (Lexapro)	1	1	1.476	1.476	1	1	1.476	
Goserelina (Zoladex)	1	1	2.420	2.420	1	1	2.420	
Iloprost	1	1	100.440	100.440	1	1	100.440	
Imatinib (Gleevec)	1	1	39.226	39.226	3	3	117.677	-78.451
Irinotecan	1	1	9.120	9.120	1	1	9.120	
Nilotinib	1	1	15.948	15.948	1	1	15.948	
Oxcarbazepina (Trileptal)	1	1	1.080	1.080	1	1	1.080	
Pamidronato	1	1	2.880	2.880	1	1	2.880	
Paxil (Paroxetina)	1	1	655	655	1	1	655	
Plendil (Felodipine)	1	1	540	540				540
Reminyl	1	1	2.196	2.196	2	2	4.392	-2.196
Risperdal	3	3	2.286	762	2	2	1.524	762
Sildenafil	3	3	6.522	2.174	3	3	6.522	
Sorafenib	1	1	31.626	31.626				31.626
Sunitinib	6	6	160.272	26.712	11	11	293.832	-133.560
Talidomida	2	2	1.642	821	2	2	1.642	
Temozolamida	2	2	34.362	17.181	1	1	17.181	17.181
Tolterodine (Detrusitol)	1	1	3.384	3.384	1	1	3.384	
Topiramato	1	1	936	936	1	1	936	
Trastuzumab	10	19	801.000	42.158	11	20	843.158	-42.158
Wellbutrin / Anfebutamona (Bupropión)	1	1	720	720	1	1	720	
Total	65	78	1.560.115	453.554	66	81	1.752.185	

Fuente: Elaboración propia con base en CCSS, 2008 y Román, 2013.

■ Insumos

El insumo principal de este capítulo es la ponencia *Judicialización de la salud: revisión de los recursos de amparo relacionados con medicamentos*, de Marcela Román.

Las entrevistas sobre el sistema de seguimiento de sentencias de la Sala Constitucional fueron realizadas y procesadas por Nancy Marín.

■ Créditos

Borrador del capítulo: Evelyn Villarreal.

Edición técnica: Amelia Brenes y Evelyn Villarreal.

Asistente de investigación: Luis González.

Revisión de cifras: Obryan Poyser y Emilio Solana.

Ilustraciones: Obryan Poyser.

Corrección y revisión de cifras:

Obryan Poyser y Emilio Solana.

Lectores críticos: Gilberth Alfaro, Gilberth Armijo, Iliana Chavarría, Alvin Chaves, Wendy Montero, Edwin Rodríguez, Xavier Seuba, Ana Irma Sibaja, Gonzalo Vargas, Karen Vargas, Luis Bernardo Villalobos y Zenén Zeledón.