

RECURSO DE AMPARO.

Quien suscribe **FLOR MARIA DE LA TRINIDAD VARGAS MURILLO**, quien es **MAYOR, CASADA, AMA DE CASA con domicilio en GRECIA, con identificación 203560192**, procedo a incoar el presente recurso de amparo contra la **CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL**, por los siguientes motivos.

HECHOS

PRIMERO: Me diagnosticaron desgaste de rodilla en la caja. Con ayuda de mis hijas logramos recaudar el dinero para pagar una consulta privada con el ortopedista Rafael Fogarty el cual me infirmo que lo que yo necesitaba era un implante de rodilla, que tenía que consultar para que me dieran una referencia, después de luchar me dieron cita para ortopedia en el Hospital San Francisco De Asís de Grecia para diciembre 2016.

SEGUNDO: En dicho nosocomio el doctor me mando a realizar unas placas y después de verlas me dijo que si **ocupaba un implante urgente** (segun sus palabras). Me mandaron con una referencia al Hospital San Rafael De Alajuela y en dicho hospital me dieron la cita hasta **para el 30 octubre 2020**.

TERCERO: En el hospital de Grecia me mandaron una nueva cita posoperatoria con ortopedia para el **14 de agosto del 2018** para ver cómo iba con mi operación, ya que asumieron que en esa fecha ya estaré operada.

¿Cómo van a ver mi operación si faltaría más de 2 años para que me la realicen?

CUARTO: No soporto los dolores en mi rodilla, se está viendo afectada mi otra extremidad, no puedo salir de casa, esta situación está menoscabando mi calidad de vida, paso noches de llanto y depresión me angustia saber que el problema se puede agravar, me enoja la falta de interés de la caja en mi salud.

Considero que tener que esperar más de 3 años una cita desde que me dieron la referencia es desproporcionado más aun ni siquiera sé si es para cirugía o es una nueva valoración esto vulnera su derecho fundamental a la salud,

concretamente: el acceso oportuno y la disponibilidad de los servicios y programas de salud en cantidad suficiente para los usuarios de estos (**Res. N° 2010-007615**).

Al respecto este Tribunal Constitucional ha desarrollado que: “(...) *el derecho a la salud también conlleva la accesibilidad a estos servicios y programas, cuyas cuatro dimensiones son la no discriminación en el acceso a los servicios de salud, la accesibilidad física -particularmente por parte de los más vulnerables-, la accesibilidad económica –que conlleva la equidad y el carácter asequible de los bienes y servicios sanitarios- y la accesibilidad a la información*” (**Res N° 2016-013199**).

Los directores de centros médicos y jefes de la Caja Costarricense de Seguro Social no pueden invocar para justificar una atención deficiente y precaria de los asegurados, la carencia de recursos financieros, humanos y técnicos, por cuanto es mandato constitucional que los servicios públicos de salud sean otorgados de forma **eficiente, eficaz, continua, regular y celer**e. (**Res N°2015-012800**)

Consecuente a esta jurisprudencia de este mismo Tribunal, menciona que si bien es cierto se le debe programar una fecha aproximada para una cirugía, tratamiento, examen etc.; dicha programación debe también ser dada en un plazo razonable. (**Res N° 2009-001010**).

FUNDAMENTOS DE DERECHO.

Me fundamento en el artículo 29 de la Ley Jurisdiccional Constitucional, en los artículos 21, 48, 50 y 73 de la Constitución Política, en los artículos 4, 6 y 269.1 de la Ley General de Administración Pública, al artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales; el artículo 25 de la Declaración Universal de Derechos Humanos; en los artículos 7 y 1 de la Declaración Americana.

PRUEBA.

- 1- Referencia emitida en Octubre 2017 con indicación de cita para Octubre 2020.

PETITORIA.

1. Solicito que se declare con lugar el presente Recurso de Amparo.
2. Solicito que se ordene a la Caja Costarricense de Seguro Social **reasignar** una fecha pronta, razonable la cita en ortopedia del HSRA y dictar de inmediato el tratamiento a seguir para la corrección de mi padecimiento.
3. Solicito que se condene a la parte recurrida al pago de las costas personales y procesales del presente recurso con base en los hechos acá expuestos.
4. Solicito se condene a la Caja Costarricense de Seguro Social al pago del daño moral y daño subjetivo expuesto.

DIRECCION

Para el trámite y seguimiento judicial, así como asesoría letrada del presente asunto, designo como mi director legal a Melissa Sanabria Saborío, quién es mayor, soltera, abogada litigante portadora del carnet 24634 con cédula de identidad 205230395 y con oficina abierta en Alajuela 100 Oeste de Los Tribunales de Justicia frente a Pollos Papi (Art 114 CPC).

AUTORIZACION

Solicito hacer parte del proceso a Henry Rodríguez Ramírez, cedula número 1-0980-0594 el cual **queda autorizado para realizar gestión en línea**, presentación revisión y descarga de documentos, retiro de copias, certificaciones, escritos, retenciones, comisiones, edictos, sentencias, ejecuciones, al igual que el obtener fotocopias parciales o totales del expediente, tanto físicos como virtuales.

Licda. Melissa Sanabria S.
Abogado -Carne N. 24634



NOTIFICACIONES

Las recibiré al correo electrónico del director del presente proceso Licda Melissa Sanabria S. a notificaciones@crderecho.com

Florencia María Vargas Murillo

Firma

2356192.

N° Cédula

Por este medio les informo que para contactarme vía telefónica por parte del Centro Médico que se recurre, pueden hacerlo a los siguientes números.

8661-8935 , 8761 4147

notificaciones@crderecho.com



Caja Costarricense de Seguro Social

Cita Ortopedia
viernes 20/09/2017
9:30 am

1. Riesgo excluido	2. Criterio de priorización	
<input checked="" type="radio"/> Sistema	<input type="radio"/> Cons. Externa	<input type="radio"/> Urgencias
<input type="radio"/> Laboral	<input type="radio"/> Prioridad	<input type="radio"/> Rojo
<input type="radio"/> Accidente	<input type="radio"/> A cupo	<input type="radio"/> Amarillo
<input type="radio"/> Tránsito		<input type="radio"/> Verde

Traer placas

REFERENCIA CONTRA-REFERENCIA

04 OCT 2017
INTERINO

I. Paciente VARGAS MURILLO FLOR MARIA Gén: F

4. Nombre: ICEDULA - 203560192	5. Fecha de nacimiento:
F nac: 15/nov/1960 Edad: 56a-10m-14d	
6. Sexo: F	7. Tipo de consulta: <input type="radio"/> temporal interno <input type="radio"/> 3. Extranjero con Identificación CCSS
8. Nombre: CONSULTA EXTERNA HOSPITAL SAN FRANCISCO DE ASÍS	8. Tipo de consulta: <input type="radio"/> consulta <input type="radio"/> 1. Consulta presencial <input type="radio"/> 2. Teleconsulta
10. Residencia habitual: (Provincia) (Cantón)	
11. Dirección exacta:	
12. Número de teléfono del paciente: 80618935	13. Número de teléfono para mensajes y nombre de la persona con quien dejarlo:
14. Nombre de la madre: Esperanza Murillo	15. Nombre del padre: Juan Vargas

II. Centro que refiere o contra-refiere

16. Nombre del centro:	17. Área de atención: <input type="radio"/> 1. Consulta Externa <input type="radio"/> 2. Urgencias <input type="radio"/> 3. Hospitalización
18. Servicio: <input type="radio"/> 1. Medicina <input type="radio"/> 2. Cirugía <input type="radio"/> 3. Gineco-Obstetricia <input type="radio"/> 4. Pediatría <input type="radio"/> 7. Psiquiatría <input type="radio"/> 8. Otro	19. Especialidad o disciplina:
20. Nombre del profesional:	22. Número de teléfono y extensión del profesional:
21. Código:	

III. Centro al que se refiere o contra-refiere

23. Nombre del centro: HORA	24. Área de atención: <input checked="" type="radio"/> 1. Consulta Externa <input type="radio"/> 2. Urgencias <input type="radio"/> 3. Hospitalización
25. Servicio: <input type="radio"/> 1. Medicina <input type="radio"/> 2. Cirugía <input type="radio"/> 3. Gineco-Obstetricia <input type="radio"/> 4. Pediatría <input type="radio"/> 7. Psiquiatría <input type="radio"/> 8. Otro	26. Especialidad o disciplina: Niño
27. Nombre funcionario de REDES responsable de completar el formulario: [Firma]	28. Nombre del profesional: Amador Ortigueira

IV. Cita

28. Cita recomendada: Hora: Día:	28.1 Justificación: <input type="radio"/> 1. Cita Múltiple <input type="radio"/> 4. Institucional <input type="radio"/> 8. Otra	29. Cita otorgada: Hora: Fecha:
30. Especialidad:	31. Nombre funcionario de REDES que asignó la cita:	32. Fecha de trámite:

Cód. 4-70-04-0140