

Lunes 24 de febrero de 2014

N° 8696

Acta de la sesión extraordinaria número 8696, celebrada por la Junta Directiva de la Caja Costarricense de Seguro Social, a las doce horas del lunes 24 de febrero de 2014, con la asistencia de los señores: Presidenta Ejecutiva, Dra. Balmaceda Arias; Vicepresidente, Dr. Fallas Camacho; Directores: Sr. Nieto Guerrero, Prof. Meléndez González, Licda. Solera Picado, Ing. Salas Carrillo, Sr. Loría Chaves, Lic. Gutiérrez Jiménez, Lic. Marín Carvajal; Subauditor, Lic. Olger Sánchez Carrillo. Toma el acta Emma Zúñiga Valverde.

El Director Salas Carrillo ha solicitado expresamente que no se le cancele la dieta correspondiente a esta sesión.

Ingresa al salón de sesiones el licenciado Andrey Quesada Azucena, Asesor de la Junta Directiva.

En tanto se hace presente el Subgerente Jurídico que se encuentra atendiendo un asunto de carácter institucional, ingresa al salón de sesiones el licenciado Edwin Rodríguez Alvarado, Subdirector de la Dirección Jurídica.

ARTICULO 1°

“De conformidad con el criterio SJD-AL-0031-2020 del 28 de setiembre de 2020, el acceso de esta información, por ser de carácter confidencial de conformidad con reiterada jurisprudencia de Sala Constitucional y la respectiva normativa, se excluye de publicación”.

Se retira del salón de Sesiones el Señor Loría Chaves.

ARTICULO 2°

“De conformidad con el criterio SJD-AL-0031-2020 del 28 de setiembre de 2020, el acceso de esta información, por ser de carácter confidencial de conformidad con reiterada jurisprudencia de Sala Constitucional y la respectiva normativa, se excluye de publicación”.

El licenciado Quesada Azucena se retira del salón de sesiones.

Ingresa al salón de sesiones el Director Loría Chaves.

Ingresan al salón de sesiones las Gerentes Médico, doctora María Eugenia Villalta Bonilla; de Logística, ingeniera Dinorah Garro Herrera, y de Infraestructura y Tecnologías, arquitecta Gabriela Murillo Jenkins; los Gerentes Administrativo, licenciado Luis Fernando Campos Montes, y Financiero, licenciado Gustavo Picado Chacón; el licenciado Luis Rivera Cordero, Director, y la licenciada Natalia Villalobos Leiva, funcionaria de la Dirección de Administración y Gestión de Personal; el ingeniero Sergio Chacón Marín, Director, y el licenciado Steven Fernández Trejos, Coordinador del Componente Gestión Nivel Local (funciones administrativas) de la Dirección de Desarrollo Organizacional, y el licenciado Sergio Gómez Rodríguez, Jefe del Área de Formulación de Presupuesto de la Dirección de Presupuesto.

Ingresa al salón de sesiones el Subgerente Jurídico.

Se retira del salón de sesiones el licenciado Edwin Rodríguez Alvarado, Subdirector de la Dirección Jurídica.

ARTICULO 3°

El señor Gerente Financiero a cargo de la Gerencia Administrativa presenta el oficio N° GA-18999-14/GF-21.625-14/GM-2129-14 de fecha 18 de febrero del año 2014, firmado por el Gerente Financiero a/c de la Gerencia Administrativa, y por la señora Gerente Médico: se atiende el artículo 3° de la sesión N° 8688 y se presenta el avance en relación con el “*Modelo Integral de Distribución de Funciones para la gestión de Hospitales, Áreas de Salud y Direcciones Regionales de Servicios de Salud de la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS)*”.

La presentación referente a la *Propuesta de Modelo Salarial alternativo para los Directores y Subdirectores Médicos* está a cargo del licenciado Picado Chacón, quien se apoya en las siguientes láminas:

I) CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
Gerencias Administrativa, Financiera y Médica
Avance
Propuesta de Modelo Salarial alternativo
para los Directores y Subdirectores Médicos.
Febrero 2014.

II) Acuerdos Junta Directiva
Artículo 3° de la sesión No. 8688, celebrada el 13 de enero del 2014.

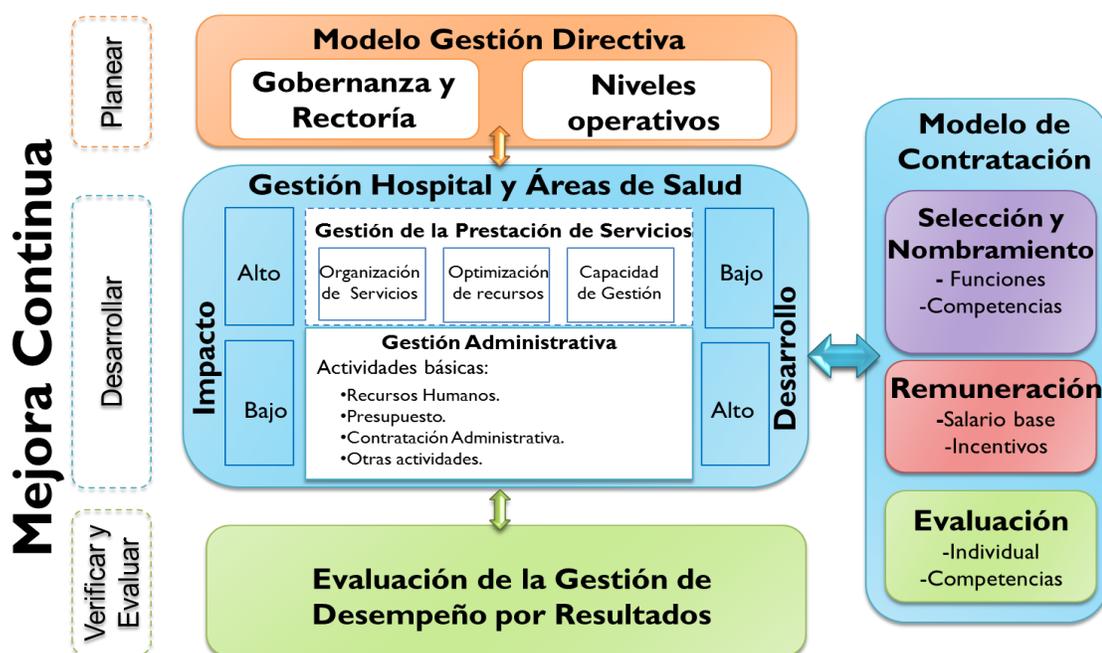
***ACUERDO TERCERO:** con base en el informe presentado por medio de oficio No. GA-1877614/GF-20914-14/GM-1822-14 del 13 de enero del año 2014, el cual contiene una descripción amplia de los conceptos y elementos fundamentales que caracterizan el denominado “Modelo integral de Distribución de Funciones para la gestión de Hospitales, Áreas de Salud y Direcciones Regionales de Servicios de Salud de la CCSS”, así como, una definición de los componentes pendientes aún en desarrollo y las fechas programadas para su conclusión, otorgar un plazo hasta el 27 de marzo del año 2014, a fin de que el Equipo Intergerencial, con las unidades técnicas competentes, presente la propuesta final del citado modelo.*

Para el fiel cumplimiento de este acuerdo, el Equipo Intergerencial deberá remitir a Órgano Colegiado, cada uno de los siguientes documentos en las fechas indicadas:
En la semana del 14 de febrero del año 2014:

1. *Avance de la Propuesta del Modelo Salarial para los Directores y Subdirectores Médicos.*
 (...)

“ACUERDO QUINTO: en consecuencia, los Directores y Subdirectores Médicos y Directores Administrativos de Órganos Desconcentrados en grado máximo, quienes a la fecha han estado nombrados en esos cargos, continuarán cubiertos por el régimen salarial especial asociado con su condición de órganos desconcentrados hasta el momento en que la Administración presente la propuesta final del “Modelo integral de Distribución de Funciones para la gestión de Hospitales, Áreas de Salud y Direcciones Regionales de Servicios de Salud de la CCSS” y ésta se implemente.”

III) “Modelo Integrado de Distribución de Funciones para la gestión de Hospitales, Áreas de Salud y Direcciones Regionales de Servicios de Salud de la CCSS”



IV) Tema salarial abordado en diversas sesiones de la Junta Directiva.

Present. JD 28-11-2013	Present. JD 9-12-2013 Present. JD 16-12-2013 Dic. 2013	Present. JD 19-12-2013	Present. JD 13-01-2014	Avance JD 14-02-2014	Final. JD 20-03-2014
Nov 2013	Dic. 2013	Dic. 2013	Ene 2014	Feb 2014	Mar 2014

El equipo intergerencial con la colaboración de las unidades técnicas competentes han ofrecido diversos escenarios para consideración de la Junta Directiva.

V) Escenarios propuestos han valorado múltiples posibilidades.

Base Ley	Ley Incentivos PCM
Escenarios	Sobre salario total
Prohibición Ley 8422	Sobre salario base
No a AST1 Y AST2	Incentivo Variable
Hospitales y AST3	Individual/competencias
Plus Disponibilidad	Indicadores de gestión
	Análisis/Impacto
Costos totales de las propuestas	
Impacto sobre cada uno de los 41 puestos	
Montos salariales potenciales	

VI) Modelos Salariales Alternativos para el pago de Directores y Subdirectores Médicos

Ley Incentivos PCM - 1,858,219,798 Todos	Ley Incentivos PCM + Prohibición - 1,047,242,217 AST3 en adelante	Ley Incentivos PCM + Prohibición + Disponibilidad -589,360,771 AST3 en adelante	215,545,766 Ley Incentivos PCM + Prohibición Todos	889,619,458 Ley Incentivos PCM + Prohibición + Disponibilidad Todos
--	---	--	--	---

VII) Propuesta de Alternativa Modelo Salariales.

VIII) Viabilidad técnica del pago de prohibición a los puestos de Director y Administración de los Centros de Salud
(DAGP-0255-2014 del 18 de febrero del 2014).

IX) Criterio Jurídico

(Oficio D.J.-8208-2013 DAGP-1666-2013 del 4 de diciembre de 2013)

“La prohibición del ejercicio liberal de la profesión se impone legalmente por la necesidad de resguardar la conducta ética y moral de los funcionarios públicos, con el fin de evitar un posible conflicto de intereses y el quebranto a los deberes de probidad e imparcialidad; lo cual implica una compensación salarial precisamente por esa limitación.

(...)

*En ese sentido, con base en la reiterada jurisprudencia administrativa emitida por la Contraloría General de la República, quien tiene la potestad exclusiva de determinar que puestos se encuentran alcanzados o no por la prohibición establecida institucionalmente a los contenidos en la Ley No 8422, es a la **Institución a través de sus unidades competentes.***

X) Criterio Jurídico

(Oficio D.J.-8208-2013 DAGP-1666-2013 del 4 de diciembre de 2013)

En el caso concreto, para determinar si es viable el otorgamiento del pago de prohibición a los puestos de Directores, Subdirectores y Administradores de la totalidad de los Centros de Salud de la Institución, se requiere de la elaboración de un estudio técnico donde se analice la estructura organizativa en relación con la delegación de acciones y competencias, así como las responsabilidades y atribuciones por funciones de estos funcionarios, con la finalidad de estandarizar sus funciones y competencias y a su vez determinar si son susceptibles de limitarles el ejercicio liberal de la profesión.”

XI) Criterio técnico: Estructura organizacional y funcional (DAGP-0255-2014)

Independencia de gestión para la prestación de los servicios de salud dentro de su ámbito de acción

- Reglamento General de Hospitales Nacionales,
- Reglamento de Estatuto Nacional de Servicios Médicos.
- Reglamento del Sistema Nacional de Salud.

Manual de Organización de las Áreas de Salud

Estructura Organizacional y funcional.

Hospital Nacional.

/Especializado.

Hospitales Regionales.

Áreas de Salud.

(tipo 3, tipo 2 y tipo1).

Áreas de Salud.

(tipo 3, tipo 2 y tipo1).

XII) Criterio técnico (DAGP-0255-2014)
MODELO DE ATENCIÓN – RED DE SERVICIOS

De acuerdo con las capacidades operativas y resolutorias de dichas unidades organizacionales, la Institución presta la atención de la salud de los usuarios en una red de servicios, que consiste en la relación que debe existir entre los diversos establecimientos de salud en tres niveles de atención.

Primer nivel de atención	Segundo nivel de atención	Tercer nivel de atención
<ul style="list-style-type: none"> Se orienta a la <i>prevención, la promoción, la curación y la rehabilitación</i> de las patologías, <u>de menor nivel de complejidad.</u> 	<ul style="list-style-type: none"> Adicionalmente atiende patologías de mayor complejidad, para lo cual requiere de algunos <i>servicios especializados</i> y son el nivel de referencia del primer nivel de atención. 	<ul style="list-style-type: none"> Le corresponde atender a los usuarios hospitalizados, las patologías de alto grado de complejidad, urgencias y otros que <i>requieren de internamiento y de procedimientos quirúrgicos especializados</i> y que se constituyen en el nivel de referencia del segundo nivel de atención

XIII) Criterio Técnico

(DAGP-0255-2014 del 18 de febrero del 2014)
Sobre las competencias y responsabilidades de los puestos de Director Médico.

Las regulaciones citadas establecen al Director Médico como la máxima autoridad en los Hospitales y Áreas de Salud, para lo cual se ***definen las obligaciones de estos puestos en el orden técnico como en el orden administrativo, cuya exigencia académica amerita un grado profesional acorde con las funciones y responsabilidades que deben ejercer para el logro de los objetivos***, en cumplimiento a una efectiva y eficiente prestación de los servicios de salud del centro de trabajo que tiene a cargo.

XIV) Criterio Técnico
 (DAGP-0255-2014 del 18 de febrero del 2014)

Los puestos de Dirección y Administración ***son los responsables por mandato legal*** de la gestión de servicios de salud en su centro de trabajo, mediante la ***óptima administración y utilización de los recursos asignados y por ende, de los fondos públicos de los contribuyentes del Seguro de Salud***, por lo que dicha condición **obliga en todo momento**

una adecuada conducta ética y moral, cuyas convicciones de trabajo, esfuerzo, dedicación y conocimiento deben encontrarse en su totalidad al servicio de la Institución, evitando la confrontación de intereses públicos y privados, por el eventual ejercicio profesional que ejerza de forma liberal y particular.

**XV) Criterio Técnico
(DAGP-0255-2014 del 18 de febrero del 2014**

Del análisis técnico se desprende que la legislación nacional desde el Sistema de Salud costarricense así como las disposiciones de la Institución, ha instaurado la estructura organizativa y las responsabilidades que ostentan los puestos de máxima autoridad en un centro de salud, *las cuales se encuentran relacionadas con principios de eficiencia, eficacia, oportunidad, objetividad e imparcialidad para una adecuada prestación de los servicios de salud en los tres niveles de atención articulados en red, con el fin de brindar una atención de calidad a los usuarios.*

**XVI) Criterio Técnico
(DAGP-0255-2014 del 18 de febrero del 2014
Sobre la procedencia del pago de la prohibición.**

En observancia del mandato constitucional que ostenta la Caja Costarricense de Seguro Social, en cuanto a la administración de los seguros sociales, que se ejecuta a través de la unidades prestadoras de servicios de salud y a la luz de las facultades, funciones y competencias que la legislación nacional y disposiciones de la máxima autoridad de la Caja establecen para los puestos de Director Médico de los Centros de Salud, *es técnicamente y legalmente procedente la compensación de la prohibición del ejercicio liberal de la profesión para estos puestos, con el fin de resguardar la conducta ética y moral de los funcionarios públicos que los ocupan, evitar un posible conflicto de intereses y el quebranto a los deberes de probidad e imparcialidad en el desarrollo de su gestión.*

XVII) Consideraciones en torno a la aplicación de la prohibición para el ejercicio liberal de la profesión.

XVIII) Consideraciones en torno a la aplicación de la prohibición para el ejercicio liberal de la profesión.

- 1) ¿Cuáles son las implicaciones para los funcionarios que se encuentran sujetos a la compensación de prohibición?
 - Imposibilidad de ejercer su profesión en forma liberal.
 - Es inherente al puesto (no está sujeta a la voluntad de la administración ni del funcionario).
 - Es ineludible e irrenunciable.

2) ¿Procede o no el pago establecido por la Ley 8422 a los Directores Médicos de los Centros de Salud?

- De conformidad con el análisis técnico y jurídico se determina que los puestos de Dirección y Administración se encuentran sujetos a la prohibición del ejercicio liberal de la profesión y por ende, se les debe retribuir económicamente, como resarcimiento por el costo de oportunidad que implica no ejercer en forma privada su profesión.

XIX) Consideraciones en torno a la aplicación de la prohibición para el ejercicio liberal de la profesión.

¿Es factible que este reconocimiento no considere a los gestores de las Áreas de Salud tipo 1 y tipo 2?

Los puestos de Dirección y Administración independiente de la clasificación del centro sean estos Hospitales o Áreas de Salud, son los responsables por mandato legal de la gestión de servicios de salud en su centro de trabajo, mediante la óptima administración y utilización de los recursos asignados y por ende, de los fondos públicos de los contribuyentes del Seguro de Salud, por lo que dicha condición obliga en todo momento una adecuada conducta ética y moral, cuyas convicciones de trabajo, esfuerzo, dedicación y conocimiento deben encontrarse en su totalidad al servicio de la Institución, evitando la confrontación de intereses públicos y privados, por el eventual ejercicio profesional que ejerza de forma liberal y particular, **por lo que no es factible excluir a los gestores de las Áreas de Salud tipo 1 y tipo 2, toda vez que la prohibición es inherente al puesto.**

XX) Consideraciones en torno a la aplicación de la prohibición para el ejercicio liberal de la profesión

4) ¿Cuáles son las acciones necesarias que realizará el nivel administrativo, para implementar la prohibición del ejercicio liberal a los Directores Médicos?

- 1) Dirección Administración y Gestión de Personal.
Preparación de informe técnico.
- 2) Junta Directiva.
Aprobación de las autoridades superiores.
- 3) Gerencia Médica.
Aprobación de las autoridades superiores.
- 4) Directores médicos.
Declaración Jurada y la acción de personal correspondiente.

XXI) Consideraciones en torno a la aplicación de la prohibición para el ejercicio liberal de la profesión.

5) ¿Cuáles son los riesgos asociados al reconocimiento de la prohibición, a partir de su eventual aplicación?

Renuncias del personal, ante la prohibición del ejercicio liberal de la profesión.

Limitaciones para contratar personal calificado y retención de éste, dada la percepción de salario no competitivos, producto de la imposibilidad de ingresos por consulta privada o labores en guardias y disponibilidades médicas*.

Potenciales demandas por parte de los Directores Médicos de los actuales centros no desconcentrados respecto a la fecha de vigencia del reconocimiento por concepto de prohibición incluido en la Ley 8422 del 29 de abril del 2005.

El pago de prohibición podría no resarcir el costo de oportunidad por el ejercicio de la profesión en forma privada.

XXII) Prohibición incluye a todos las Áreas y Hospitales: ¿Plus de Disponibilidad?

Costo neto total: ¢215.5 millones.

XXIII) Consideraciones sobre el establecimiento de un Plus por disponibilidad.

XXIV) Consideraciones a incluir en el informe técnico sobre el plus de Disponibilidad para Directores.

- Concepto: Compensación con el propósito de que el Director Médico de Hospital y Área de Salud se encuentre disponible fuera de la jornada ordinaria de trabajo para atender situaciones propias de su gestión, así como cualquier eventualidad que se presente en el centro de trabajo.
- Escala: Porcentaje definidos en función diversas variables, tales como: horario de atención, nivel de complejidad del centro de trabajo, tipo de servicios prestados, entre otros.
- Regulación: Propuesta Reglamento para el pago de disponibilidad de los Directores y Subdirectores Médicos de los Centros de Salud.
- Criterios complementarios: Viabilidad financiera y jurídica.
- Aprobación de la Junta Directiva.

XXV) Porcentajes propuestos para el “Pago de Disponibilidad Directores Médicos”

10%	Director Médico Área de Salud Tipo 1.
20%	Director Médico Área de Salud Tipo 2.
30%	Director Médico Área de Salud Tipo 3, Hospital Periférico Tipo 1, 2 o 3, Subdirector Médico Hospital Nacional.
40%	Director Médico Área de Salud Tipo 3, Hospital Periférico Tipo 1, 2 o 3, Subdirector Médico Hospital Nacional.
50%	Director Médico Hospital Especializado.
60%	Director Médico Hospital Nacional.

XXVI) Inclusión de “Plus por Disponibilidad Directores Médicos” en el Modelo Salarial.**XXVII) Salarios estimados y costo total de diversos escenarios presentados ante la Junta Directiva**

Grado	Tipo de Director	Total Func.	ESCENARIOS		
			Ley 6836 (Sin pluses por desconcentración)	Ley 6836 + Prohibición	Ley 6836 + Prohibición + Disponibilidad
G-3	Área de Salud Tipo 1	81	3,006,134	3,755,386	3,870,655
G-4	Área de Salud Tipo 2	10	3,092,265	3,863,996	4,101,451
G-5	Hosp. Periférico Tipo 1 Área de Salud Tipo 3	5	3,180,915	3,975,791	4,342,656
G-6	Hosp. Periférico Tipo 2 o 3 Sub-Director Hospital Nal	24	3,272,263	4,090,980	4,468,850
G-7	Hospital Regional	7	3,366,404	4,209,698	4,728,649
G-8	Hosp. Especializado	6	3,463,314	4,331,907	5,000,056
G-8	Hosp. Nacional	3	3,463,314	4,331,907	5,133,685
G-9	Regional Servicios Médicos	7	3,563,148	4,457,799	5,008,354
Costo Estimado Anual (en colones)			-1,852,219,798	2,067,765,564	2,741,839,256
			Costo Neto Total	<u>215,545,766</u>	<u>889,619,458</u>

XVIII) Evaluando la posibilidad de un salario global para Directores (gráfico).**XXIX) Recomendación del modelo salarial para Directores Médicos de Áreas de Salud y Hospitales.**

Equipo Intergerencial.

Ley Incentivos Médicos.
Pago Prohibición Ejercicio Liberal.
Criterio técnico.
Criterio jurídico.

En caso Aprobación Junta Directiva
Criterio técnico.
Criterio jurídico.
Criterio financiero.

XXX) Propuesta de acuerdo:

ACUERDO: dar por recibido el “Informe de Avance sobre Propuesta Salarial para Directores y Subdirectores Médicos de Hospitales y Áreas de Salud” presentado por el equipo intergerencial a cargo del desarrollo del Modelo de Distribución de Funciones, e instruir para que en el plazo establecido en el acuerdo adoptado en el Artículo 3° de la sesión N° 8688, celebrada el 13 de enero de 2014, se presente la propuesta final en esta materia, incluyendo los correspondientes análisis técnicos y de viabilidad jurídica y financiera.

Le parece a la Directora Solera Picado que se tendría una situación particular con los funcionarios que actualmente están cubiertos por la desconcentración, porque tendría que dárseles el mismo tratamiento en red y en realidad la diferencia cree que es de un 10%. Lo que quiere plantear a los compañeros es que no se necesita un gran trabajo, sino hacer los ajustes necesarios, porque ya todo este tema está definido.

El licenciado Picado Chacón recuerda que, con relación al proyecto de prohibición, hay una serie de puestos que no tienen que ver con niveles de complejidad; por ejemplo, hay gente que formó parte de comisiones técnicas que está recibiendo prohibición, porque de lo que se trata es de resguardar la conducta ética y moral de los funcionarios públicos, con el fin de evitar un conflicto de intereses, por ejemplo si una persona que esté adjudicando tiene alguna relación con un proveedor; de ahí esa voluntad que tiene la Institución para proteger el principio. El estudio técnico que se hace, que es amplio –del que doña Aixa hizo un resumen de lo fundamental del informe– trabaja la estructura funcional y aclara cómo están preparados los hospitales nacionales especializados, los periféricos y los regionales, las áreas de salud. Hay un manual de orientación para áreas de salud, hay una serie de reglamentos que hablan de hospitales nacionales, que cubren los servicios médicos, con una separación por primero, segundo y tercer nivel de atención, y que establecen al Director Médico como la máxima autoridad de los hospitales y Áreas de Salud, para lo cual refieren las obligaciones de estos puestos, tanto en el orden técnico como en el administrativo, cuya exigencia académica amerita un grado adicional, acorde con las funciones y con las responsabilidades precisas para el logro de su gestión. Lo que se dice es que los puestos de dirección y administración son los responsables por mandato legal de la gestión de servicios de salud en los centros de trabajo, y obviamente requieren una óptima administración y utilización de los recursos, por lo que dicha condición obliga en todo momento a una adecuada conducta ética y moral, cuyas condiciones de trabajo, esfuerzo, dedicación y conocimiento deben encontrarse en su totalidad al servicio de la Institución; y ahí es donde empieza a nacer el criterio sobre la pertinencia de pagar la prohibición, evitando la confrontación de intereses públicos y privados en el eventual ejercicio profesional que ejercen. Ese es en resumen el criterio que prevalece en el tema de la prohibición. Si procede o no el pago establecido por la ley 8422 a los Directores Médicos de los centros de salud, el estudio técnico dice que efectivamente sí procede.

El Director Gutiérrez Jiménez considera muy importante, aparte de esas proyecciones, visualizar qué pasa si esta Junta Directiva dice que terminó la desconcentración y si hay situaciones legales absurdas, para conocer números; entiende que es muy difícil hacer un estudio de todos los escenarios, pero lo que quiere conocer son números.

Anota la doctora Balmaceda Arias que en el informe están los números concretos de todos los que estaban desconcentrados, cuánto significaba pagarles y cuánto significaba no pagarles, cuánto significaba pagarles todo a todos; lo que la administración está diciendo ahora es que se defina qué se les va a pagar y ha dicho que no hay problema, si hay que pagarle a todos, el monto es de ¢215.000.000.00. Ya se han definido algunos casos, para poder emparejar la situación de algunos puestos.

La Directora Solera Picado señala que ella, desde un inicio, se ha inclinado fuertemente sobre el pago de prohibición a todos los que ocupan el cargo de jefaturas en los centros de salud, porque bien se dice en la filmina que se presentó, que es *técnica y legalmente procedente el pago de la prohibición del ejercicio liberal de la profesión, con el fin de resguardar la conducta ética y*

moral de los funcionarios públicos y evitar un posible conflicto de intereses que quebrante los deberes de probidad e imparcialidad en el desarrollo de sus funciones.

Agrega la doctora Balmaceda Arias que, en resumen, lo que se solicitó a la Administración fue que trajera un informe del avance, para definir el camino y ver si se les paga la prohibición a todos.

Interviene el licenciado Alfaro Morales y manifiesta que es importante destacar que la ley está ahí y dice a quién se le paga la dedicación exclusiva y cree que se deja una discrecionalidad a la Institución para que, de acuerdo a su estructura, diga quiénes entran en esa norma.

El Director Fallas Camacho indica que él partiría de pagar el incentivo médico más prohibición; la disponibilidad la dejaría para más adelante, inclusive buscando los resultados que se han mencionado aquí, y la posibilidad de buscar formas de reconocimiento salarial adicional en función de resultados.

No está de acuerdo el Director Gutiérrez Jiménez, porque considera que esa medida incide en la sostenibilidad del sistema. Sobre la posibilidad de que en este momento se abra a todos los directores de todas las unidades, su posición ha sido que se limite la apertura de esa medida; ya vendrán tiempos mejores para abrirla. Y sigue creyendo que la forma en que se haga, debe tener las barreras necesarias para entender que no es el espíritu de esta Junta Directiva abrirlo irrestrictamente, incluso a terceros, y parte del supuesto de que se ha dicho hasta la saciedad que esto ya tiene las protecciones jurídicas del caso, para entender que la ley no concede derechos más allá de lo que se está decidiendo. Insiste en que las proyecciones de que sean ¢215.000.000.00 todavía no están claras; lo claro es que se ha dicho que esto se está haciendo de tal manera que solo afecta a determinadas personas, que no se abren portillos para terceras personas y que además, las acciones legales que vengan, difícilmente tendrán la posibilidad de ser aceptadas, por lo que establece la disposición.

Considera la doctora Balmaceda Arias que esa situación está clara, por lo que establece la Ley de Incentivos Médicos; por tanto, no están incluidas las enfermeras y otros, los centros médicos no tienen puestos de dirección por lo que no podrán adherirse. Los que pueden presentar conflictos son los que están directamente afectados, por lo que se está buscando la posibilidad de compensar los períodos que les quedan, o lo que sea pertinente, si es que procede o no. Lo que hoy se está conociendo es un avance para definir si se paga la prohibición o prohibición y disponibilidad. Esto es lo que se tiene para que la Administración, en un plazo de unos quince días, traiga el abanico de la sostenibilidad financiera de esta propuesta.

El Director Gutiérrez Jiménez recuerda que lo que él ha propuesto es que los médicos tengan salarios únicos que los favorezcan, que ganen mejor pero sin pluses salariales. Pretender pagar una disponibilidad a alguien porque es el Director y tiene que estar disponible a toda hora es un contrasentido; el Director es el responsable y lo que se tiene que hacer es mejorar los salarios de los Directores en términos reales. Además, cree que es importante, como un segundo acuerdo, disponer que se hagan evaluaciones de desempeño, que haya un celoso seguimiento de la producción, el desempeño, y una evaluación constante que permita determinar si una persona cumple o no, porque son sin duda las personas más importantes del sistema.

La doctora Balmaceda Arias comenta que esta última propuesta de don Adolfo es otro tema, porque es parte del plan macro en donde ya decidió la Junta Directiva que tenían que ser

evaluados y la Dirección de Planificación está desarrollando una propuesta con los Gerentes, en cuanto a la disponibilidad. Por otra parte, y acogiendo un comentario del Director Fallas Camacho sobre la propuesta de don Adolfo de un salario único, habría que hacer toda una revisión y se está trabajando con la Dirección de Recursos Humanos, porque implica muchos aspectos; hay leyes, hay una escala salarial a la que se tiene que responder. El problema de las Direcciones Médicas es que están dentro del Estatuto Médico; si se sacan de ahí, se podría tener una escala salarial administrativa numérica, pero se podrían presentar algunas diferencias. En todo caso, es un tema que se está revisando en el proyecto de Recursos Humanos.

Poco antes de la hora de la votación no está presente el Director Gutiérrez Jiménez.

Por consiguiente, se tiene a la vista el oficio N° GA-18999-14/GF-21|.625-14/GM-2129-14, suscrito por la Gerente Médico y el Gerente Financiero y a/c de la Gerencia Administrativa que, en lo pertinente, literalmente se lee en estos términos:

“I ANTECEDENTES

La Junta Directiva en el artículo 3° de la sesión N° 8688, celebrada el 13 de enero de 2014, en lo que interesa indica:

(...) **Por consiguiente**, se tiene a la vista el oficio fechado 13 de enero del año 2013, número GA-18776-14/GF-20914-14/GM-1822-14, firmado por la señora Gerente Médico y por el Gerente Financiero a/c Gerencia Administrativa (...)

(...) y con base en la prioridad institucional de construir un “Modelo Integral de Distribución de Funciones para la gestión de Hospitales, Áreas de Salud y Direcciones Regionales de Servicios de Salud de la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS)”, que permita definir un modelo de gestión único, la Junta Directiva **ACUERDA:**

Acuerdo Primero: En atención a lo dispuesto en el acuerdo primero del artículo 30° de la sesión N° 8682, celebrada el 28 de noviembre del año 2013, **dar por conocida** la propuesta del “Manual de Distribución de Funciones para la operación de los niveles locales y regionales en los ámbitos administrativos”, componente del “Modelo integral de Distribución de Funciones para la gestión de Hospitales, Áreas de Salud y Direcciones Regionales de Servicios de Salud de la CCSS”; y se instruye a la Gerencia Administrativa y a la Dirección de Sistemas Administrativos, para que, con el apoyo de las unidades técnicas competentes, a más tardar el 14 de febrero del año 2014, presenten ante esta Junta Directiva la versión final del citado Manual.

(...) **Acuerdo Tercero:** con base en el informe presentado por medio de oficio No. GA-1877614/GF-20914-14/GM-1822-14 del 13 de enero del año 2014, el cual contiene una descripción amplia de los conceptos y elementos fundamentales que caracterizan el denominado “Modelo integral de Distribución de Funciones para la gestión de Hospitales, Áreas de Salud y Direcciones Regionales de Servicios de Salud de la CCSS”, así como, una definición de los componentes pendientes aún en desarrollo y las fechas programadas para su conclusión, **otorgar** un plazo hasta el 27 de marzo del año 2014, a fin de que el

Equipo Intergerencial, con las unidades técnicas competentes, presente la propuesta final del citado modelo.

Para el fiel cumplimiento de este acuerdo, el Equipo Intergerencial deberá remitir a este Órgano Colegiado, cada uno de los siguientes documentos en las fechas indicadas:

En la semana del 14 de febrero del año 2014:

1. Avance de la Propuesta del Modelo Salarial para los Directores y Subdirectores Médicos.

En la semana del 21 de febrero del año 2014:

2. Sistema de evaluación del desempeño individual de los Gestores de los Centros.
3. Sistema de evaluación del desempeño de los centros basados en indicadores de gestión ...”.

II CRITERIO TECNICO

Con el propósito de atender lo acordado por la Junta Directiva, se remiten los siguientes criterios técnicos, a saber:

1. Oficio DDO-017-2014/DSA-038-2014, del 12 de febrero de 2014, suscrito por el MBA. Steven Fernández Trejos, Coordinador del Componente Gestión Nivel Local (funciones administrativas, remite el “Manual de Funciones Administrativas Distribuidas para la Gestión de Hospitales, Áreas de Salud y Direcciones Regionales de Servicios de Salud en la CCSS”, el cual es uno de los componentes del “Modelo integral de Distribución de Funciones para la gestión de Hospitales, Áreas de Salud y Direcciones Regionales de Servicios de Salud de la CCSS”.
2. Oficio DAGP-252-2014/DPI-069-14, del 17 de febrero de 2014, suscrito por la Dirección de Administración y Gestión de Personal y Dirección de Planificación Institucional, donde remiten el documento denominado “Evaluación del Desempeño por Resultados para Directores Médicos y Administrativos de Centros Médicos-Asistenciales”, instrumento que desarrolla la metodología de evaluación del desempeño basada en la medición cuantitativa, utilizando como parámetros la gestión Plan-Presupuesto, así como la medición cualitativa tomando como base competencias laborales de los directores.
3. Oficio DAGP-0255-2014, del 18 de febrero de 2014, suscrito por la Dirección de Administración y Gestión de Personal, donde remite el informe de avance sobre la “Propuesta del Modelo Salarial para los Directores y Subdirectores Médicos”, el cual contiene los antecedentes relacionados con la finalización de la desconcentración, las consideraciones en torno a los escenarios salariales que se han presentado en la Junta Directiva, así como los aspectos técnicos y legales en relación con la prohibición del ejercicio liberal de la profesión para los puestos de máxima autoridad en los centros de salud ...”,

habiéndose hecho las respectivas presentaciones y con base en informes técnicos emitidos en los oficios números DDO-017-2014/DSA-038-2014, del 12 de febrero del año 2014, suscrito por el MBA. Steven Fernández Trejos, Coordinador del Componente Gestión Nivel Local (funciones administrativas), sobre el “Manual de Funciones Administrativas Distribuidas para la Gestión de Hospitales, Áreas de Salud y Direcciones Regionales de Servicios de Salud en la CCSS”, DAGP-252-2014/DPI-069-14, del 17 de febrero del año 2014, suscrito por la Dirección de Administración y Gestión de Personal y Dirección de Planificación Institucional, en cuanto a la “Evaluación del Desempeño por Resultados para Directores Médicos y Administrativos de Centros Médicos-Asistenciales”, DAGP-252-2014/DPI-069-14, del 17 de febrero del año 2014, suscrito por la Dirección de Administración y Gestión de Personal y Dirección de Planificación Institucional respecto de la “Evaluación del Desempeño por Resultados para Directores Médicos y Administrativos de Centros Médicos-Asistenciales”, la Junta Directiva **ACUERDA:**

ACUERDO PRIMERO: –en forma unánime- dar por recibido el “Informe de Avance sobre Propuesta Salarial para Directores y Subdirectores Médicos de Hospitales y Áreas de Salud” presentado por el equipo intergerencial a cargo del desarrollo del Modelo de Distribución de Funciones, e instruir para que en el plazo establecido en el acuerdo adoptado en el artículo 3° de la sesión N° 8688, celebrada el 13 de enero del año 2014, se presente la propuesta final en esta materia, incluidos los correspondientes análisis técnicos y de viabilidad jurídica y financiera.

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

Ingresa al salón de sesiones el licenciado Gutiérrez Jiménez.

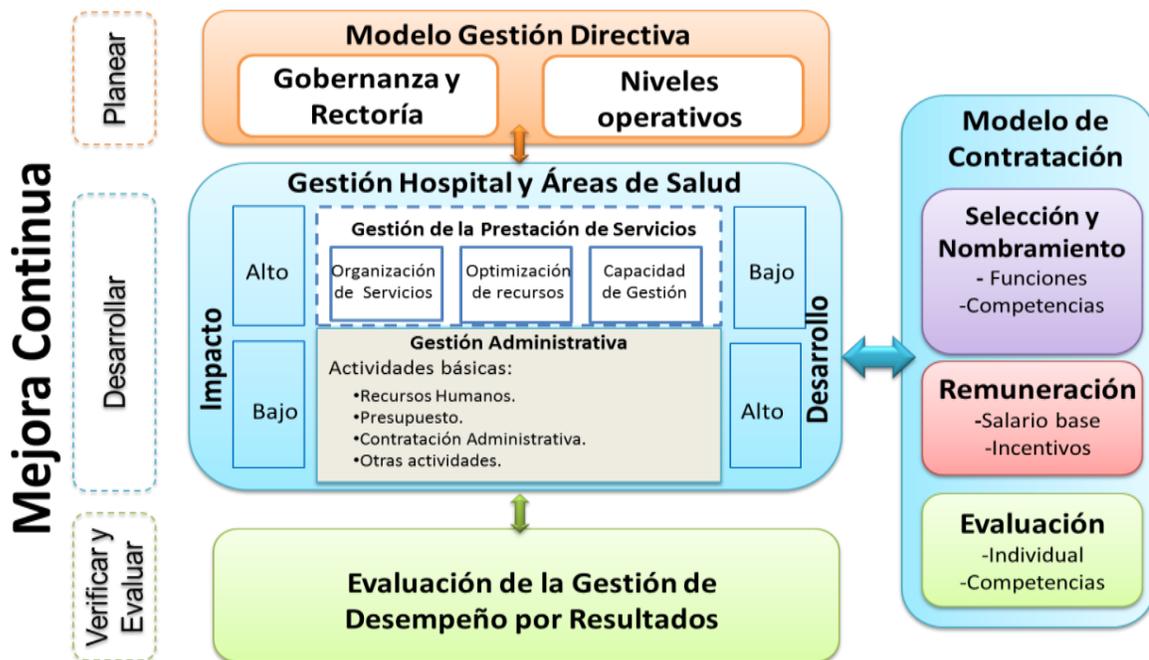
Ingresan al salón de sesiones el doctor Róger Ballesterero Harley, Director de Planificación Institucional, y los licenciados Campos Guevara y Virgilio Mora Bogantes, funcionario de la Dirección de Administración y Gestión de Personal, y ingeniero José Rafael González Murillo.

Se trata, a continuación el oficio N° DAGP-0252-2014/DPI-069-14 de fecha 17 de febrero de 2014, referente a la implementación del modelo de evaluación del desempeño por resultados para las jefaturas de la Caja Costarricense de Seguro Social: Etapa II Evaluación del desempeño de Directores Médicos y Administrativos de Centros Médico-Asistenciales.

La presentación la realizan los licenciados Rivera Cordero y Campos Guevara, con base en las láminas que se detallan:

- i) **Caja Costarricense de Seguro Social**
Gerencias Administrativa, Financiera, Médica
Dirección de Planificación Institucional.
Evaluación del desempeño de Directores Médicos y Administrativos de Centros Médicos Asistenciales.

- ii) **Modelo Integrado Distribución de Funciones para Hospitales, Áreas de Salud y Direcciones Regionales de Salud”**



- iii) **Artículo 3° - Sesión 8688 del 13 de enero del 2014 sobre Modelo Integral de Distribución de Funciones.**

“(…) ACUERDO TERCERO: Para el fiel cumplimiento de este acuerdo, **el Equipo Inter gerencial deberá remitir** a este Órgano Colegiado, cada uno de los siguientes documentos en las fechas indicadas:

(…) En la semana del 21 de febrero del 2014:

1. **Sistema de evaluación del desempeño individual de los Gestores de los Centros (…)**”.

- iv) **Junta Directiva, artículo 21° de la sesión No. N° 8623, celebrada el 14 de febrero de 2013.**

“(…) la Junta Directiva acuerda **aprobar las herramientas para realizar la evaluación del desempeño del nivel gerencial** compuestas por: 1) Indicadores de resultados y 2) evaluación por competencias, según los términos de la documentación que queda constanding en la correspondencia de esta sesión. Además se instruye a: (…).

“4. A la **Dirección de Administración y Gestión de Personal para que presente** en un plazo no mayor de 6 meses, **la propuesta de evaluación del desempeño de los Directores Médicos y Administrativos** según fue aprobado previamente por esta Junta Directiva.”

v) **Implementación Modelo de Evaluación del desempeño por resultados**

Etapa 1	<ul style="list-style-type: none"> • Gerentes 	<ul style="list-style-type: none"> • Primera evaluación abril 2013 solo competencias. • Marzo 2014 , evaluación con indicadores de resultado y competencias
Etapa 2	<ul style="list-style-type: none"> • Directores médicos y administrativos 	
Etapa 3	<ul style="list-style-type: none"> • Otros jefes 	
Etapa 4	Total 2.182	

vi) **Propuesta de Evaluación del Desempeño para Directores Médicos y Administrativos.**

vii) **Definición de instancias evaluadoras (esquema jerárquico). ¿Quién evalúa a quién?**

viii) **Componentes de la evaluación propuesta.**

Competencias Laborales

Cualitativa 40%.

Evaluación Plan – Presupuesto

Cuantitativa 60%.
100%.

ix) **Competencias Laborales.**

x) **Se entiende como competencias laborales a:**

Los conocimientos, aptitudes y habilidades necesarias para ejercer un oficio o profesión, poder resolver los problemas de forma autónoma y flexible, y estar capacitado para colaborar en su entorno laboral y con los intereses de la organización.

Las competencias abarcan los conocimientos (Saber), actitudes (Saber Ser) y habilidades (Saber Hacer) de un trabajador.

xi) **Competencias Laborales**

- Conocimientos (Saber)
 - Capacidad de Planificación y Organización.
 - Desarrollo y Autodesarrollo del Talento.
 - Influencia y Negociación.
 - Credibilidad Técnica.
 - Actitudes (Saber Ser)
 - Tolerancia a la Presión.
 - Adaptabilidad o Flexibilidad.

- Compromiso / e Identificación con la Organización.

xii) Competencias Laborales

- Habilidades (Saber Hacer)
 - Orientación a Resultados con calidad.
 - Orientación al Cliente.
 - Capacidad de Gestión.

xiii)



Caja Costarricense de Seguro Social
Dirección de Administración y Gestión de Personal

Fecha Impresión: **Viernes 22 de Noviembre del 2013**

Evaluación del Desempeño para Directores Médicos y Administrativos

Período a evaluar del: **1º Agosto 2012** al: **31 Julio 2013**

Competencias: **40.00 %** Indicadores: **55.00 %**

Calificación Final: 95

Nombre del Funcionario: **RIVERA CORDERO LUIS ALFREDO** No. de Cédula: **106190412**

Nombre del Evaluador: **AGÜERO CECILIANO CINTHYA**

Adaptabilidad o flexibilidad: Capacidad para comprender y apreciar perspectivas diferentes, cambiar convicciones y conductas a fin de adaptarse en forma rápida y eficiente a diversas situaciones, contextos, medios y personas. Implica realizar una revisión crítica de su propia actuación.
 Comportamientos cotidianos relacionados con situaciones cambiantes tanto del entorno como de la propia organización. Puntuación asignada: 10

10	9	8	7	6
<p>Muy satisfactoria: Demuestra excepcional capacidad para apreciar perspectivas diferentes, flexibiliza su pensamiento y conductas a fin de adaptarse rápida y eficiente a diversas situaciones y contextos Internos o externos, medios y personas. Realiza revisiones críticas de las estrategias y objetivos de su área, y propone los cambios necesarios. Adecua su propio accionar y el de su equipo de trabajo para hacer frente a nuevas situaciones. Realiza una revisión crítica de las estrategias de la organización en su conjunto, propone y da seguimiento a los cambios. Implementa nuevas metodologías y herramientas que facilitan la adaptación a diversos contextos, medios, etc., y fomenta su uso en la organización.</p>	<p>Satisfactoria: Generalmente demuestra capacidad para comprender y considerar perspectivas diferentes, y cambia convicciones y conductas a fin de adaptarse en forma rápida y eficiente a diversas situaciones y contextos. Lleva a cabo revisiones críticas de los objetivos bajo su responsabilidad, y propone cambios cuando advierte que es necesario. Adecua su propio accionar a fin de lograr hacer frente a nuevas situaciones, e incentiva a su equipo de trabajo a actuar de la misma forma. Ajusta su accionar a los objetivos de la organización. Asimila y utiliza nuevas metodologías y herramientas que facilitan la adaptación a diversos contextos, medios y fomenta su uso entre sus colaboradores.</p>	<p>Regulamente satisfactoria: Regulamente comprende perspectivas diferentes, cambiando convicciones y conductas a fin de adaptarse en forma eficiente a diversas situaciones, contextos, medios y personas. Revisa los objetivos bajo su responsabilidad y propone los cambios necesarios. Adapta su propio accionar a fin de lograr hacer frente a nuevas situaciones. Ajusta su accionar a los objetivos para su sector. Para adaptarse a diversos contextos, aplica las herramientas o metodologías propuestas por la organización con ese objetivo.</p>	<p>Poco satisfactoria: En ocasiones comprende perspectivas diferentes, cambiando ciertas conductas a fin de adaptarse a diversas situaciones. Acepta los cambios que le son propuestos en sus objetivos y trabaja para alcanzarlos. Ante nuevas situaciones, cambia su comportamiento cuando se lo sugieren. Modifica su accionar en pos de los objetivos que le son fijados. Muestra poco compromiso con las metodologías y herramientas que propone la organización para facilitar su adaptación a diversos contextos.</p>	<p>Nada satisfactoria: Trabaja cómodo en situaciones, contextos y medios conocidos, pero no acepta ni comprende perspectivas diferentes. Se siente inseguro en el cumplimiento de sus objetivos cuando le plantean cambios en ellos. Es muy metódico, por lo que no consigue adaptar su accionar frente a nuevas situaciones. No ajusta su accionar a los objetivos de la organización. Tiene dificultades para adaptarse a nuevas metodologías y herramientas de trabajo.</p>

xiv) Evaluación cuantitativa (indicadores)

xv) Se utiliza el Plan-Presupuesto como base de la medición.

- Se utiliza herramienta Plan-Presupuesto con acceso de todas las unidades de salud y direcciones regionales.
 - Es un instrumento ya probado que ha venido evolucionado desde el año 2008.

- Contiene indicadores compuestos.
 - Se puede utilizar el Sistema de Planificación (SPI) para realizar la evaluación.
 - Permite la introducción de indicadores de resultados intermedios.

xvi) Elementos esenciales incluidos en el Plan-Presupuesto

- 85%
Indicadores de Producción en Salud.
 - Consultas de Atención Integral por grupo etareo.
 - Urgencias de primer y segundo nivel.
 - Apoyo a Red Oncológica.
 - Servicios de Apoyo Ambulatorio de primer y segundo nivel.
 - Atención Ambulatoria Especializada.
- 15%
Cumplimiento de Leyes.
 - Ley de Igualdad de Oportunidades para las Personas con Discapacidad, N° 7600.
 - Ley General de Control Interno, N° 8292.

xvii)

Caja Costarricense de Seguro Social
Plan-Presupuesto 2014 - 2015
Áreas de Salud

Inicio Registro Tablas y Reportes Cont@ctenos

Información General

Código Unidad Ejecutora: 2211 Tipo Unidad: Área de Salud Tipo 2 Nivel Atención: A1 A2

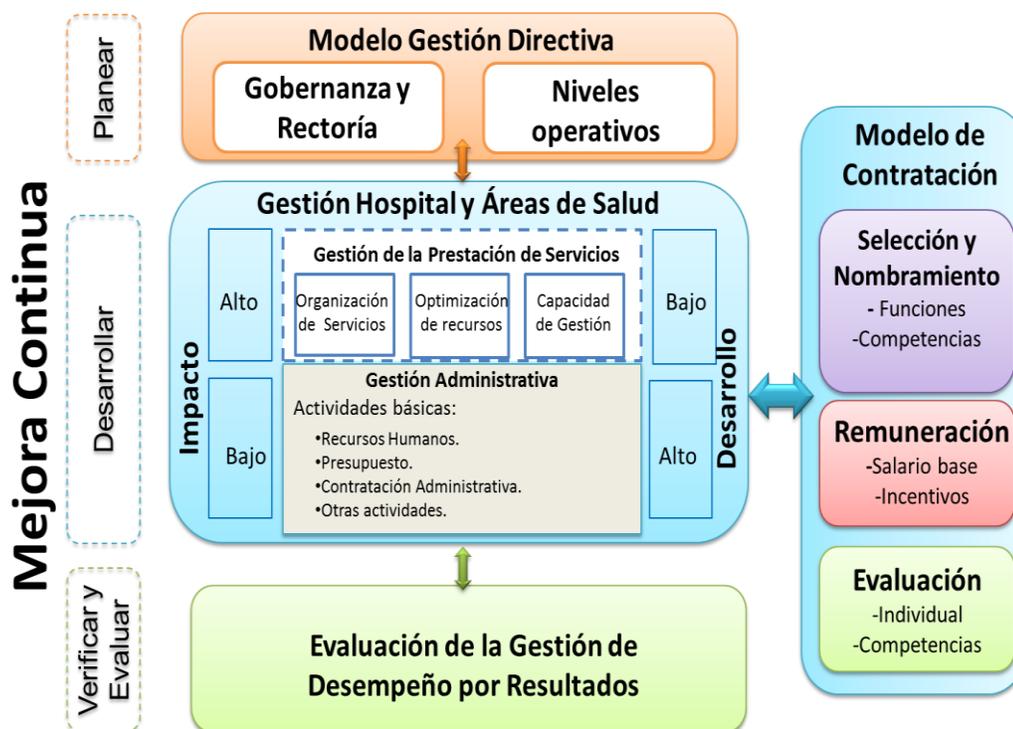
Área de Salud Goicoechea 2; Clínica Dr. Ricardo Jiménez Núñez

Calificación Plan-Presupuesto	2012		2013	
	I Sem	Anual	I Sem	Anual
	95.0%	92.5%	100.0%	

Datos de la Unidad
Guardar

Gerencia Médica
Dirección de Planificación Institucional - Dirección Presupuesto

xviii) **Modelo Integrado Distribución de Funciones para Hospitales, Áreas de Salud y Direcciones Regionales de Salud”**



xix) **Inclusión de un tercer componente en la evaluación: gestión por resultados.**

Competencias laborales:	20%.
Evaluación Plan – Presupuesto:	40%.
Gestión por Resultados del Centro:	40%.

xx) **Ponderación de la Evaluación.**

xxi) **Criterios para interpretar la evaluación del desempeño y acciones derivadas**

100%	Excelente	
90-99%	Aceptable	
80-89%	Parcialmente aceptable	Plan de mejora
79.99 ó menos	Insuficiente	Plan de intervención con aprobación superior

xxii) Período de evaluación 2014-2016.**xxiii) Cronograma de divulgación de nueva evaluación**

Lugar de la actividad	Fecha	Responsables	Observaciones
Gerencia Médica	17 al 21 marzo 2014	DAGP/DPI	Se incluyen los Hospitales Nacionales y Hospitales y Centros Especializados
Dirección Regional de Servicios de Salud Central Norte	31 de marzo al 4 de abril del 2014	DAGP/DPI	Se incluye el Hospital Regional, Hospitales Periféricos y Áreas de Salud
Dirección Regional de Servicios de Salud Central Sur	14 al 18 de abril del 2014	DAGP/DPI	Se incluye el Hospital Regional, Hospitales Periféricos y Áreas de Salud
Dirección Regional de Servicios de Salud Brunca	28 de abril al 2 de mayo del 2014	DAGP/DPI	Se incluye el Hospital Regional, Hospitales Periféricos y Áreas de Salud
Dirección Regional de Servicios de Salud Huetar Atlántica	12 al 16 de mayo al del 2014	DAGP/DPI	Se incluye el Hospital Regional, Hospitales Periféricos y Áreas de Salud
Dirección Regional de Servicios de Salud Huetar Norte	26 al 30 de mayo del 2014	DAGP/DPI	Se incluye el Hospital Regional, Hospitales Periféricos y Áreas de Salud
Dirección Regional de Servicios de Salud Pacífico Central	9 al 13 de junio del 2014	DAGP/DPI	Se incluye el Hospital Regional, Hospitales Periféricos y Áreas de Salud
Dirección Regional de Servicios de Salud Chorotega	23 al 27 de junio del 2014	DAGP/DPI	Se incluye el Hospital Regional, Hospitales Periféricos y Áreas de Salud

xxiv) Propuesta de acuerdo:

ACUERDO ...: Dar por conocida el avance de la propuesta metodológica, los instrumentos y herramientas para efectuar la evaluación del desempeño de Directores Médicos y Directores Administrativos Financieros y Administradores de Hospitales y Áreas de Salud, así como Direcciones Regionales de Servicios de Salud.

En un plazo de quince días, el equipo intergerencial presentará una propuesta integral de evaluación, incluyendo el componente relacionado con la evaluación de indicadores de gestión, así como, el respectivo cronograma de implementación.

Considera la Directora Solera Picado que para calificar el desempeño de una unidad, es un indicador importante las listas de espera. En la evaluación del desempeño de los servicios de salud que aquí se presentó, se pudieron evidenciar indicadores de programas específicos como control prenatal y una serie de indicadores más; también se comprobó una serie de actividades que a nivel hospitalario se están dando. Por tanto, le parece que no es tomar solamente la parte puramente operativa de cuántas consultas ni cuántos egresos, sino cuáles son las coberturas que tienen los servicios de salud, para los diferentes programas que se derivan de una agenda sanitaria o un plan estratégico institucional. Su observación es que tiene que ir más allá del plan presupuesto para poder decir que es un buen gestor; y por más que ejecute un presupuesto a un 99% y que cumpla, pero si tiene listas de espera prolongadas, no es un buen gestor.

Señala el licenciado Campos Guevara que lo que están planteando es que esta primera evaluación se trabaje con el plan presupuesto, tal como está, que lo que tiene es un 85% de indicadores compuestos entre producción de salud, y un 15% como el cumplimiento normativo. Pero hay otra propuesta para que en ese transcurso, para la próxima evaluación que será para 2015, que se va a revisar en 2016, se evolucione a una herramienta que contenga además del plan presupuesto una parte de gestión por resultados.

El licenciado Picado Chacón recuerda que en el modelo que se ha desarrollado y se planteó aquí, va a haber un componente que tiene que ver con definir indicadores base para evaluar la gestión de los centros. Está de acuerdo con la observación de doña Aixa. Hoy día lo que se tiene formulado es trabajar con competencias de 40 y 60%, porque además en su momento la Junta lo había dicho tanto para gerencias y para otros directores y jefaturas, pero lo que se piensa que, una vez cumplida la definición de los evaluadores que permitan valorar la gestión de los centros por resultado, se transforme esta evaluación que es 40-60 y dar un paso a pasar a 40% por indicadores, 40% por plan y 20% por competencias. Más adelante se podría pensar que cada vez haya más enfoque a los resultados, más a listas de espera y a otros indicadores, pero ese va a ser un componente de los que quedan pendientes del modelo. Más adelante viene una propuesta para que este primer año se trabaje con competencias sin plan presupuesto, y que en un segundo año de evaluación se trabaje plan presupuesto, competencias e indicadores de resultados. Pero no habría ningún problema de tratar de fusionar esto y hacer una evaluación con los tres componentes en 2015.

Señala el Director Gutiérrez Jiménez que para él es innecesario durar dos años en ver cómo se van a lograr las metas. Lo que quiere que quede claro es que la fecha máxima para realizar todo esto es al 31 de marzo de 2016. Evidentemente ha podido notar que están diciendo que van a tratar de acelerar las evaluaciones, lo cual le parece muy bien, para que en 2014 se pueda empezar a hacer evaluaciones y tener resultados a mediados de 2014 y pregunta si es así.

Aclara el licenciado Picado Chacón que lo que pasaría es que lo del 2014 se hace en 2015, porque es cuando se ha terminado el plan presupuesto. Puede ser que en marzo ya se pueda hacer plan presupuesto, competencias y ahora lo que tratarían de hacer es incluir indicadores de resultados, todo para 2015.

Interviene el Director Gutiérrez Jiménez y señala que no puede ser que se dure tanto para lograr resultados que son tan importantes, porque van a servir para determinar si hay o no fondos, van a determinar productividad, cuáles centros necesitan más plazas que otros. Esto tiene una

trascendencia muy importante, no es simplemente una evaluación al margen. El día que se evalúe desempeño y productividad y basados en esos resultados se puedan tomar decisiones, sería un avance muy importante. Como ha dicho el doctor Fallas, no debe ser un mecanismo sancionatorio sino debe ser un mecanismo que oriente para la toma de decisiones.

Indica la doctora Balmaceda Arias que don Adolfo no estuvo presente cuando se explicó este proceso. En el primer año la prueba es al 2014, no al 2016. Hay tres grandes áreas que se van a evaluar, que son competencias, el plan manual operativo, y además resultados. El área de competencias está diseñado y definido, y es lo que se solicita aprobar hoy; en el plan estratégico hay que evaluar el cumplimiento que ya está, se puede hacer ya, hay que comunicarle a la gente que se va a hacer y señalar los parámetros. Y luego es empezar en marzo para adelante, para comunicar a la gente que se les va a evaluar con otros indicadores que son de gestión y con resultados, pero para ello tiene que pasar un año. Esto está definido y es la metodología que se quería plantear hoy. Otro aspecto es el diseño para la parte de resultados, que es lo que se está trabajando con la participación de funcionarios de todas las Gerencias, para poder definir los indicadores adecuadamente; y en un par de semanas estará lista la metodología para evaluar los resultados. Recuerda que se empezó con la evaluación de los Gerentes, que fue el trabajo más pesado que se hizo en toda la parte macro. Ese trabajo sirvió de base para hacer la evaluación de los Directores. Si se aprueba esta metodología hoy, se tendría que publicar indicando la fecha en que empezaría a regir.

Pregunta don Adolfo si se puede recortar el tiempo; responde el licenciado Picado que un poco, por las peticiones que se han hecho. En un inicio el acuerdo venía para competencias y plan presupuesto. Como se van a incluir indicadores de desempeño, lo que cree conveniente es que se vea esto como un avance; y cuando se integre se podría tomar un acuerdo de la metodología uniforme y replantear el cronograma, porque en este momento hay que definir los indicadores, integrar estos dos componentes que ya están muy desarrollados, como son competencias y plan presupuesto, más indicadores de resultados. Y en 15 días se presentaría una propuesta integral de evaluación, incluyendo el componente relacionado con la evaluación de indicadores de gestión, así como el respectivo cronograma de implementación.

En consecuencia,

ACUERDO SEGUNDO: -en forma unánime- dar por conocido el avance de la propuesta metodológica, los instrumentos y herramientas para efectuar la evaluación del desempeño de Directores Médicos y Directores Administrativos Financieros y Administradores de Hospitales y Áreas de Salud, así como Direcciones Regionales de Servicios de Salud.

En un plazo de quince días, el equipo intergerencial presentará una propuesta integral de evaluación, incluyendo el componente relacionado con la evaluación de indicadores de gestión, así como el respectivo cronograma de implementación.

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

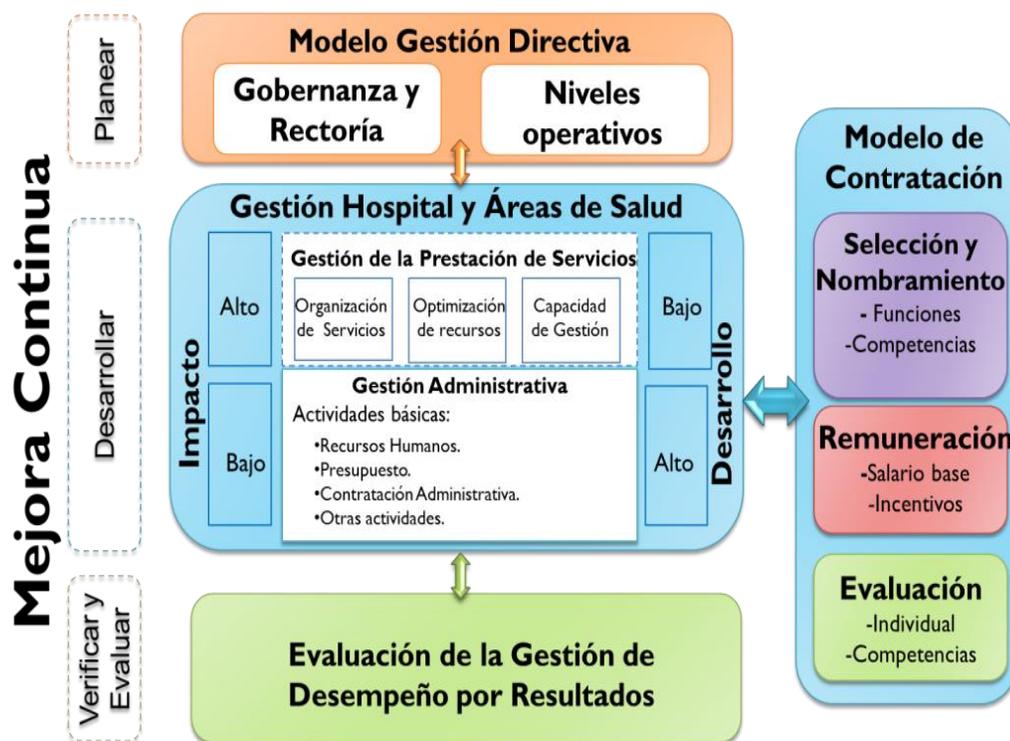
El Director Loría Chaves se retira del salón de sesiones.

El Director Salas Carrillo se retira del salón de sesiones.

Se procede a conocer, seguidamente, el oficio N° DDO-017-2014/DSA-038-2014 de fecha 12 de febrero del año 2014: “Manual de Funciones Administrativas Distribuidas para la Gestión de Hospitales, Áreas de Salud y Direcciones Regionales de Servicios de Salud en la Caja Costarricense de Seguro Social”.

El licenciado Picado Chacón, con base en las siguientes láminas, se refiere al asunto en consideración (“Manual de Funciones Administrativas Distribuidas para la gestión de Hospitales, Áreas de Salud y Direcciones Regionales de Servicios de Salud de la CCSS”):

- 1) **CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL**
Gerencias Administrativa, Financiera y Médica
“Manual de Funciones Administrativas Distribuidas para la gestión de Hospitales, Áreas de Salud y Direcciones Regionales de Servicios de Salud de la CCSS”.
- 2) **Modelo Integrado de Distribución de Funciones para la gestión de Hospitales, Áreas de Salud y Direcciones Regionales de Servicios de Salud de la CCSS**



- 3) **Acuerdo Junta Directiva, artículo 3°, Sesión N° 8688, celebrada el 13 de enero 2014**

ACUERDO PRIMERO:

(...) En atención a lo dispuesto en el acuerdo primero del artículo 30° de la sesión N° 8682, celebrada el 28 de noviembre del año 2013, **dar por conocida** la propuesta del “Manual de Distribución de Funciones (...)” (...) se instruye a la Gerencia Administrativa y a la Dirección de Sistemas Administrativos, para que con el apoyo de las unidades

técnicas competentes (...), presente ante esta Junta Directiva la versión final del citado Manual(...).

4) **Objetivo**

Disponer de las funciones que han sido distribuidas en materia de Plan- Presupuesto, Contratación Administrativa y Recursos Humanos para que se ejecuten en los Hospitales, Áreas de Salud y Direcciones Regionales de Servicios de Salud, constituyéndose uno de los módulos fundamentales del “*Modelo integral de Distribución de Funciones para la gestión de Hospitales, Áreas de Salud y Direcciones Regionales de Servicios de Salud de la CCSS*”.

5) **Evolución del Manual de Funciones Distribuidas**

Mejora continua.

Presentación del “ <i>Manual de Distribución de funciones para la operación de los niveles locales y regionales en los ámbitos administrativos (Presupuesto, Contratación Administrativa y Recurso Humano)</i> ”. Incluye una ficha de función que entre otros elementos responde al ¿qué?	Se dio por conocida la propuesta del manual presentado el 28/11/13. Se instruye para que en conjunto con las unidades técnicas (Presupuesto, Contratación Administrativa y Recurso Humano) realicen los ajustes correspondientes.	Sesiones de trabajo con los representantes de las unidades técnicas (Presupuesto, Contratación Administrativa y Recursos Humanos), con el propósito de cumplir con el mandato de la Junta Directiva.	Presentación del “ <i>Manual de Funciones Administrativas Distribuidas para la Gestión de Hospitales, Áreas de Salud y Direcciones Regionales de Servicios de Salud en la CCSS</i> ”. La ficha de función entre otros elementos responde al ¿qué? ¿cómo? ¿quién? ¿dónde?	Incorporación de las demás funciones administrativas que se desarrollan en Hospitales, Áreas de Salud y Direcciones Regionales de Servicios de Salud en la CCSS.
Sesión N° 8682 28/11/13	Sesión N° 8688 13/01/14	13/01/2014 al 12/02/2014	24/02/2014	24/02/2014 en adelante

6) **Ciclo de distribución de funciones.**

7) **Contenido del Manual.**

Manual de Funciones administrativas Distribuidas para la gestión de Hospitales, Áreas de Salud y Direcciones Regionales de Servicios de Salud de la CCSS

Tabla de contenido

Antecedentes	3
Objetivo	13
Alcance.....	13
Metodología.....	15
Manual de Funciones Administrativas Distribuidas.....	17
Ficha de Función.....	19
Detalle de funciones distribuidas	21
Funciones de Plan-Presupuesto	22
Funciones de Contratación Administrativa	22
Funciones en Recursos Humanos.....	22
Otras funciones.....	23
Pasos para inclusión de funciones	24
Pasos para modificación de funciones.....	25
Pasos para la exclusión de funciones.....	26
Algoritmo.....	27
Consideraciones finales	29
Anexos	31

8) **Características del Manual.**

- Contiene un conjunto inicial de funciones distribuidas.
- Ofrece un enfoque de integralidad de la información.
- Diseñado como parte sistema de gestión de calidad.
- Procura una alta resolutiveidad en los centros.
- Capacidad de adaptación a las necesidades cambiantes.
- Articulado con los demás componentes del modelo.

9) **Fichas de funciones.**

10) **Características de la ficha.**

- Contiene una descripción de la función distribuida.
- Responden al ¿qué?, ¿dónde?, ¿quién? Y ¿cómo?
- Vinculada con los procesos institucionales.

- Colaboran con la estandarización de la información
- Modificables en sí mismas.
- Identifican Componentes de Control y Riesgos.

11) Ficha de función (dos láminas).

12) Funciones Distribuidas en Plan-Presupuesto

Plan-presupuesto.

- ✓ Formulación del Plan-Presupuesto.
- ✓ Gestión del Plan-Presupuesto (ejecución, control y evaluaciones del Plan-Presupuesto).
- ✓ Variaciones al Plan-Presupuesto.

13) Funciones Distribuidas en Contratación Administrativa

Contratación administrativa.

- ✓ Abastecimiento de Bienes y Servicios con carga al presupuesto de cada unidad (artículos Z) en forma agrupada y consolidada a través de los procedimientos de contratación administrativa autorizados según normativa vigente.
- ✓ Adjudicación de procedimientos de contratación y firma de los contratos respectivos.
- ✓ Procedimientos excepcionales de contratación según la normativa vigente.
- ✓ Participación en la elaboración de ficha técnica, recomendación de compras.
- ✓ Capacidad de unirse para compra marco y consolidada en insumos de manera coordinada con la G.L.

14) Dotación de personal.

- ✓ Reclutamiento.
- ✓ Selección.
- ✓ Procesos concursales.
- ✓ Reactivación de plazas.
- ✓ Creación de plazas.
- ✓ Recontrataciones.
- ✓ Traslado de plazas.
- ✓ Orientación e inducción.
- ✓ Fraccionamiento.
- ✓ Refundición.

15) Diseño, valoración de puestos y salarios

- ✓ Nombramiento de personal.
- ✓ Terminaciones de contratos.
- ✓ Despidos y renunciaciones.
- ✓ Permisos y Licencias.
- ✓ Tiempo extraordinario.
- ✓ Zonaje y vivienda.
- ✓ Dedicación exclusiva.
- ✓ Carrera profesional.

- ✓ Estudios individuales de puestos.
- ✓ Cambios de perfil.
- ✓ Digitación de planillas.
- ✓ Certificación y constancias.

**16) Funciones Distribuidas en Recursos Humanos
Diseño, valoración de puestos y salarios**

- ✓ Estudios de antigüedad.
- ✓ Embargos y pensiones.
- ✓ Incapacidades.
- ✓ Suspensiones.
- ✓ Recuperación de sumas pagadas de más.
- ✓ Registro, asistencia y puntualidad.
- ✓ Uniformes.
- ✓ Viatico fijo.
- ✓ Control de nómina.
- ✓ Custodia de expedientes.

**17) Funciones Distribuidas en Recursos Humanos
Rendimiento y productividad.**

- ✓ Evaluación del desempeño.
- ✓ Evaluación del período interino.
- ✓ Informe de adaptación.

18) Propuesta de acuerdo.

Acuerdo primero:

Dar por conocido y aprobado el “*Manual de Funciones Administrativas Distribuidas para la Gestión de Hospitales, Áreas de Salud y Direcciones Regionales de Servicios de Salud*”, de conformidad con el documento presentado ante esta Junta Directiva, y delegar en el Cuerpo Gerencial, los futuros ajustes y modificaciones a este instrumento, a fin de que se cuente con un mecanismo ágil que responda a las condiciones y demandas institucionales.

Acuerdo Segundo:

Dado que el “*Manual de Funciones Administrativas Distribuidas para la Gestión de Hospitales, Áreas de Salud y Direcciones Regionales de Servicios de Salud*”, constituye uno de los componentes del “*Modelo Integral de Distribución de Funciones para la Gestión de Hospitales, Áreas de Salud y Direcciones Regionales de Servicios de Salud*”, su fecha de vigencia se establecerá en concordancia con lo que se disponga para éste último. No obstante, durante este período, se instruye al equipo inter-gerencial para que en coordinación con las restantes Gerencias, procedan a desarrollar la estrategia de comunicación e implementación de las funciones descritas en el manual aprobado.

El Director Gutiérrez Jiménez se disculpa y se retira del salón de sesiones.

El Director Marín Carvajal consulta si la Auditoría ha analizado esta propuesta, para que no vaya en contra del orden establecido. En cuanto a la aplicación del manual, con respecto a las fichas técnicas, quisiera saber si ya se ha hecho algún tipo de test, algún tipo de laboratorio, porque es un campo bastante versátil; no le cabe la menor duda que así debe ser y le agrada que sea versátil, porque se puede ir adaptando a las condiciones institucionales. Pero para poder llegar a esa afirmación es porque ya se hizo una práctica en ciertas áreas, para ver la funcionalidad de la aplicación del manual.

Sobre esa consulta, indica el licenciado Campos Guevara que las fichas lo que tienen es la información de las funciones actuales. En cuanto a si se ha practicado directamente en el período que él ha estado trabajando, pues no, pero si se ha venido practicando durante todo el tiempo porque es lo que hacen hoy en día los hospitales y las áreas de salud; las funciones que están contenidas en ellas son exactamente las que realizan en el día a día, de modo que es como la parte que da el conocimiento de que es una función que está contenida acá, que lo hace muy práctico.

El licenciado Sánchez Carrillo refiere que efectivamente este tema lo han auditado en diferentes informes y en diferentes oficios; uno de ellos, por ejemplo, se hizo llegar al Gerente Administrativo y al Gerente Financiero, en julio de 2013. Básicamente la Auditoría considera que hay que aumentar el tema de la pertinencia en cuanto al mantenimiento de las Direcciones Regionales de Salud, el rol que deban desempeñar o si por el contrario se deba considerar, en sustitución de los Directores Regionales, la creación de tres Direcciones de Redes de Servicios de Salud, una red oeste, una red este y una red sur, que de alguna forma vengán a cumplir una función, no de crecimiento burocrático, sino más que todo orientadas a la función sustantiva de los servicios de salud, es decir, la parte epidemiológica, la parte de morbilidad, la parte de la calidad de la prestación de los servicios de salud, la eficiencia, la oportunidad, que les parece es sustantivo. El segundo punto es que en cuanto a las Áreas de Salud, consideran que deben enfocarse más al tema de la prevención, promoción y educación en materia de salud y no tanto a funciones adjetivas, es decir, por ejemplo los procesos de compra, los procesos de presupuesto, mantenimiento de infraestructura, incluso el tema de tecnologías de información. Creen que es un segundo nivel intermedio, por ejemplo el nivel de hospitales regionales y hospitales periféricos, los que deben asumir esa función y empoderarse verdaderamente; para ponerlo en concreto, que el Hospital de Nicoya pueda llevar las funciones de contratación de recurso humano, pero sirviéndole al Área de Salud de Nicoya, de Hojancha, de Santa Cruz. De igual forma para seguir con este ejercicio, el tema de contratación administrativa, que es vital que se fortalezca a través de una verdadera oficina de compras que permita satisfacer las necesidades de bienes y servicios de todas estas unidades asistenciales que son vecinas, que están adscritas; igual en el tema de la infraestructura, porque les ha preocupado que cada vez que llegan, sobre todo a nivel operativo, el reclamo es que se necesita más recurso humano en materia de técnicos de mantenimiento; y les parece que la Institución no puede seguir creciendo en materia de recurso humano, sino que debe ordenar el recurso. Agrega que en una visita que hicieron a la Región Chorotega, se les presentó un caso de que un hospital de la región tiene siete ingenieros en informática, pero la Dirección Regional solo tiene uno para cubrir todas las necesidades de las Áreas de Salud. Lo que creen es que se pueden potenciar los hospitales de Liberia y de Nicoya, para que también satisfagan las necesidades en materia de tecnologías de información y comunicación y de mantenimiento. Y finalmente, les parece que en esta nueva estructura que se está planteando se retome el rol de la

Gerencia rectora; ven una Gerencia de Infraestructura a través por ejemplo de la Dirección de Mantenimiento, Dirección de Equipamiento, siendo rectora del desarrollo de la Institución, pero teniendo una adecuada coordinación con esos niveles regionales.

Señala la Directora Solera Picado que tiene varias consultas. En compra de bienes y servicios, cuál es la diferencia, qué valor agregado tiene en este manual de funciones la compra de bienes y servicios; con relación a lo que ha dicho el señor Subauditor, algunas unidades tienen equipos conformados de compras que podrían en su momento dar todo un apoyo logístico o asumir economías de escala de todas las sub-redes, para alivianar el trabajo que hacen las Áreas de Salud; pero no solo las Direcciones Regionales, porque aquí, en las Áreas de Salud, hay servicios de proveeduría –o como se llaman ahora bienes de servicios en red– que están instalados, tienen una capacitación y tienen también capacidad física, tienen bodegas, tienen la suficiente capacidad como para asumir. Ese aspecto no lo ve en el documento en bienes y servicios. La parte puramente de infraestructura tampoco la ve como bien definida. Su preocupación es que al manual no le ve una gran diferencia; si es solo lo que están haciendo ahora, cree que hay que retomarlo para ver cómo se pueden hacer cambios importantes, sobre todo porque vienen los convenios marco, vienen una serie de asuntos y se necesita un impulso tremendo. Pregunta cuál es la diferencia, el valor agregado.

Anota el licenciado Campos Guevara que don Gustavo mencionó que había cinco aspectos fundamentales que se habían incluido; tal vez recordar un poco el sistema de bienes y servicios, cuyo modelo es el que han venido trabajando hasta ahora, y conforme a la solicitud de esta Junta Directiva se ha tratado el tema de cómo se ve a futuro. A futuro se hace una reducción, pero no reducir por reducir, sino más bien buscando un impacto en la economía de escala, un impacto en la economía procesal y un impacto en la estandarización, precisamente en los bienes y servicios. La reducción se irá presentando en el tiempo. En esta primera parte se habla de abastecimiento de bienes y servicios con cargo al presupuesto de cada unidad, en forma grupal consolidada a través de procedimientos de contratación administrativa, según la normativa vigente. La diferencia es que incluso ya están dando los primeros pasos, hasta ahora han configurado en forma particular, en cada una de las unidades y no han observado todavía esa economía de escala, con excepción de algunos proyectos, por ejemplo guantes, suturas, gases medicinales y algunos medicamentos; incluso ya el sistema de información está identificando cuáles son estas oportunidades de negocio y ya se está configurando. Esto va a llevar como impacto, que obviamente en forma inmediata no disminuye las unidades, sino que lo que disminuye es el número de los procedimientos de contratación. Pero el siguiente paso es que automáticamente, ya a nivel regional, también empiezan a hacerse las configuraciones y el impacto final es que se disminuyen las unidades de compra. Pero de momento este abastecimiento no se puede cortar a nivel local. Otra diferencia es que esta consolidación, que siempre ha visto artículos Z según características y especificaciones, se está terminando.

Supone la Directora Solera Picado que todo el proceso presupuestario se mantiene igual, la coordinación con los mismos lineamientos, el control y la evaluación. Este punto del control y la evaluación del presupuesto ha sido el problema más grande que ha tenido la Institución, porque se ha dejado en el sentido de que se ha concentrado en el nivel central. Recuerda que ella ha sido insistente en cada una de las sesiones para ver cuándo van a hacer las propuestas de las funciones en red, porque antes, una Dirección Regional no dejaba que pasara una modificación hasta tanto no fuera consensual; y dentro de todo este territorio geográfico había recursos para distribuir; y cuando llegaba al nivel central es porque realmente era una necesidad. Ahora es el nivel central el

que todo lo financia, porque no hay control sobre lo que están haciendo las otras unidades, tanto dentro de su programa de trabajo como en la disposición presupuestaria. La otra parte muy importante es la financiera; la parte contable es importante; ya se hizo un manual de Caja Chica, ya se sabe cómo van a funcionar los fondos rotatorios. Y por último, en la parte de recursos humanos, hay un gran problema; las Áreas de Salud tienen solo una persona que tiene que hacer todo, cuando hay otras unidades que tienen más recursos y que podrían dar el apoyo. Está de acuerdo en que este planteamiento no puede salir al 20 de marzo, pero es importante que dejen abierta la posibilidad para ir haciendo todo el conjunto, pero con un enfoque en red y sobre todo con el aprovechamiento de los recursos.

Señala el licenciado Picado Chacón que, sobre las observaciones en el tema de presupuesto, efectivamente en esencia actualmente lo que se está proponiendo es que las unidades ejecutoras continúen realizando todo el proceso presupuestario, de acuerdo a los lineamientos actualmente establecidos. Se sabe que el tema de control y evaluación hay que fortalecerlo y justamente uno de los temas del trabajo que se está haciendo es la definición de indicadores de gestión, sobre los cuales se podría evaluar el desempeño, para ligar la fijación de los recursos con el desempeño y la gestión propia de las unidades. En términos generales ahora se está planteando bajo la estructura organizativa actual, pero en forma paralela se está trabajando, como parte del programa de fortalecimiento integral del Seguro de Salud. De ahí la conveniencia de ir paulatinamente hacia la asignación de los recursos en redes de servicio, de manera que en un período de cinco años se pueda, ya una vez consolidadas las redes de servicio, que la planificación y la asignación de los recursos responda a esas necesidades y a esa estructura de redes integradas de servicio.

Se retiran del salón de sesiones el cuerpo de Gerentes con sus respectivos equipos de trabajo.

Por consiguiente,

ACUERDO TERCERO: -unánimemente-:

- 1) Dar por conocido y aprobado el “*Manual de Funciones Administrativas Distribuidas para la Gestión de Hospitales, Áreas de Salud y Direcciones Regionales de Servicios de Salud*”, de conformidad con el documento presentado ante esta Junta Directiva, una copia del cual queda constando en la correspondencia de esta sesión, y delegar en el Cuerpo Gerencial, los futuros ajustes y modificaciones a este instrumento, a fin de que se cuente con un mecanismo ágil que responda a las condiciones y demandas institucionales.
- 2) Dado que el “*Manual de Funciones Administrativas Distribuidas para la Gestión de Hospitales, Áreas de Salud y Direcciones Regionales de Servicios de Salud*”, constituye uno de los componentes del “*Modelo Integral de Distribución de Funciones para la Gestión de Hospitales, Áreas de Salud y Direcciones Regionales de Servicios de Salud*”, su fecha de vigencia se establecerá en concordancia con lo que se disponga para este último. No obstante, durante este período, se instruye al equipo intergerencial para que, en coordinación con las restantes Gerencias, procedan a desarrollar la estrategia de comunicación e implementación de las funciones descritas en el Manual aprobado.

Sometida a votación la moción para que lo resuelto se adopte en firme es acogida en forma unánime. Por lo tanto, los acuerdos se adoptan en firme.

A las dieciséis horas con cuarenta y cinco minutos se levanta la sesión.