

Lunes 12 de noviembre de 2018

N° 9000

Acta de la sesión extraordinaria número 9000, celebrada por la Junta Directiva de la Caja Costarricense de Seguro Social, a las nueve horas con veinticuatro minutos del lunes 12 de noviembre de 2018, con la asistencia de los señores: Presidente Ejecutivo, Dr. Macaya Hayes; Vicepresidenta, Bach. Abarca Jiménez. Directores: Dra. Solís Umaña, Dr. Devandas Brenes, Dr. Salas Chaves, Ing. Steinvorth Steffen; Auditor, Lic. Hernández Castañeda; y Lic. Alfaro Morales, Subgerente Jurídico. Toma el acta MBA. Emily Segura Solís, Secretaria Interina.

El director Loría Chaves y la directora Jiménez Aguilar, retrasarán su llegada a esta sesión.

La directora Alfaro Murillo comunicó que por razones laborales, no le será posible participar en esta sesión. Disfruta de permiso sin goce de dietas.

ARTICULO 1°

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

Doctor Macaya Hayes:

Son las nueve y veinticuatro y tenemos la Junta Directiva extraordinaria con tres temas, es conversar sobre el Plan Estratégico Institucional, el Proyecto de Reestructuración y el Proyecto de Fortalecimiento de la Prestación de Servicios de Salud, los últimos dos temas los veríamos después del almuerzo, para que dediquemos la mañana al plan estratégico. Si les parece invitamos a los Gerentes que están, hoy no va a estar Ronald Lacayo, él había pedido vacaciones desde hace como dos meses y después, inclusive, en una tuvo que reprogramarlas y ya le dije “diay” en esta no se preocupe, vamos a abordar esto con la Financiera, la de Pensiones y la Logística, Infraestructura, Médica y de Pensiones, esas son las gerencias que vamos a tener presente como gerentes y luego le dije a Ronald que tuviera algún subalterno, que estuviera dispuesto a venir aquí con algunas ideas por si lo queremos abordar, entonces si les parece entonces los pasamos. Sí, doctor.

Director Salas Chaves:

Solo una observación, a mí me parece que esta no debe ser la única, o sea, me parece que el tema es muy importante y muy amplio, probablemente, se requiera de otra para que así Ronald Lacayo tenga la posibilidad o nosotros de escucharlo.

Doctor Macaya Hayes:

Eso es lo que yo le dije, esta no es la última va a ver otra y usted presentara en esa y en corto plazo, porque esto hay que irlo definiendo.

Director Salas Chaves:

Y que estén juntos, porque como el tema es tan importante de integrar esa acción gerencial y evitar el fraccionamiento que existe, entonces, no perdernos de Ronald, pues.

Doctor Macaya Hayes:

Además, no quería decirle que suspendiera sus vacaciones, porque ya ese tema está en los medios de comunicación, los gerentes que quieren que comencen a consumir sus días de vacaciones.

Directora Abarca Jiménez:

Una pregunta don Róger Ballesteros no viene o viene alguien de la...

Doctor Macaya Hayes:

Viene de Planificación sí. Vamos a ver quiénes están afuera.

Ingresan al salón de sesiones el licenciado Héctor Rubén Arias Mora, Jefe Subárea Administrativa y Logística, la ingeniera Susan Peraza Solano, Jefe Subárea de Soporte e Integración de Proyectos Prioritarios, y el licenciado Luis Diego Sandoval Salas de la Dirección de Planificación Institucional.

Ingresa al salón de sesiones el Lic. Jaime Barrantes Espinoza, Gerente de Pensiones.

ARTICULO 2º

Ingresa al salón de sesiones la Arq. Gabriela Murillo Jenkins, Gerente de Infraestructura y Tecnologías con recargo de la Gerencia de Logística.

Se presenta la propuesta de trabajo para el Plan Estratégico Institucional 2019-2022, a cargo de la Dirección de Planificación Institucional, con el acompañamiento de las Gerencias.

Ing. Peraza Solano:

Según lo que acordaron el jueves pasado, les traemos una propuesta del Plan Estratégico Institucional 2019-2022, este es una propuesta base que la queremos someter a revisión de ustedes. Les entregamos unos documentos, para que ustedes puedan tomar nota de observaciones prioridades, algunos ajustes que nos quieran hacer a la propuesta. La propuesta fue extendida también a las Gerencias hace 15 días y el jueves pasado les pasamos un documento, una matriz pequeña donde les pusimos los objetivos que fueron planteados y a la derecha, para que completaran ellos las líneas estratégicas, que están proponiendo, para incluir en el Plan Estratégico para que se las puedan mostrar a ustedes. Ahorita, lo que les vamos a presentar es cómo se fue construyendo la propuesta metodológica del P.E.I. y algunas fechas claves que queremos compartir con ustedes y lo vamos a dejar a Héctor, quien nos va a ayudar a con la presentación. Entonces, cualquier observación que tengan, nosotros vamos a ir tomando nota igual nos gustaría posterior a que termine la sesión, tener acceso a los documentos que les estamos repartiendo, para nosotros tomar las observaciones e incluirlas y posteriormente traerles la propuesta final del documento. Héctor.

El Lic. Arias Mora expone con base en las siguientes filminas:

1)



2)



3) **Marco Metodológico**
Planificación estratégica

4)

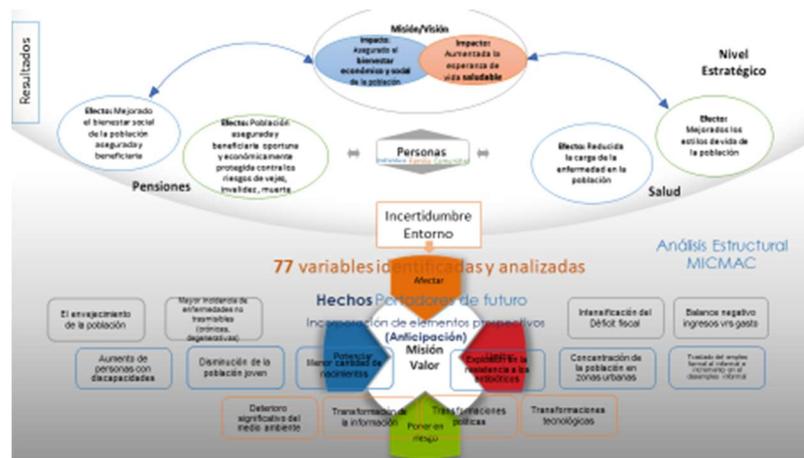


5)



6) Resultados de la metodología aplicada

7)

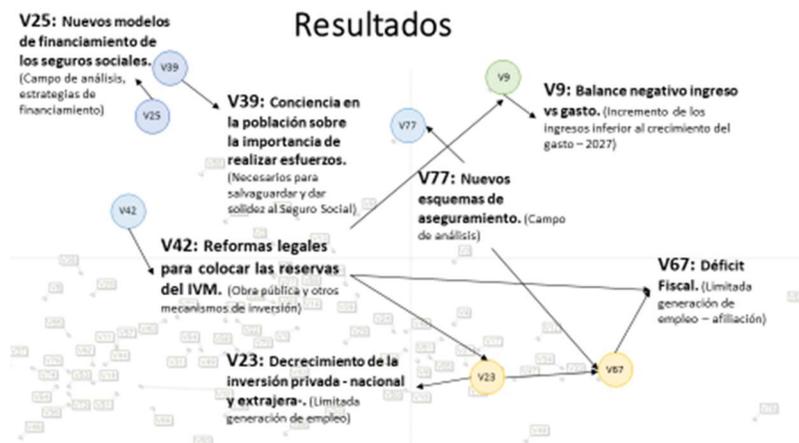


Ingresan al salón de sesiones el doctor Róger Balletero Harley, Director de Planificación Institucional y el Dr. Roberto Cervantes Barrantes, Gerente Médico. (Diapositiva 8)

8)



9)

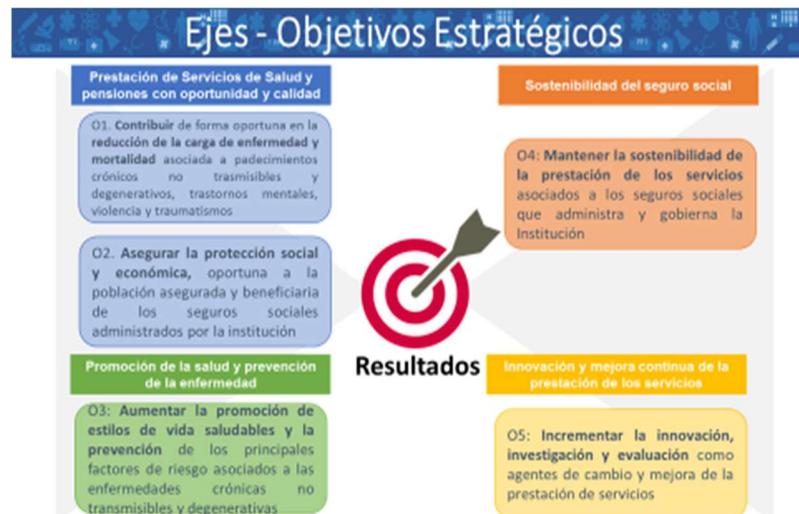


10)



11) Construcción estratégica

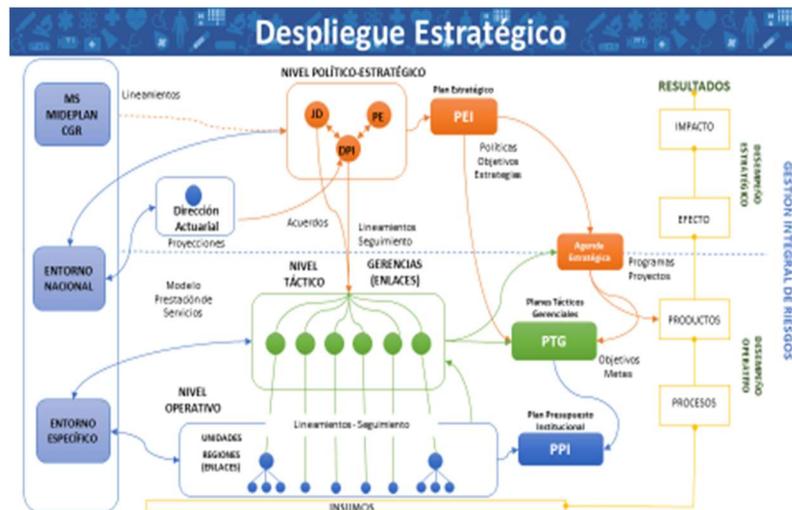
12)



13)



14)



15)

		EJEMPLO		
		RESULTADO ESPERADO	EJE ESTRATÉGICO	OBJETIVO 4:
		Reducida la carga de la enfermedad en la población	Sostenibilidad del Seguro Social	Mantener la sostenibilidad de la prestación de los servicios asociados a los seguros sociales que administra y gobierna la Institución.
Línea de Acción Estratégica				
Nivel Estratégico		Diseño de fuentes de financiamiento y de recuperación de las contribuciones para diversificar y aumentar los ingresos de los seguros administrados por la CSS		Desarrollo de mecanismos innovadores dirigidos a promover la formalización de patrones trabajadores y grupos de difícil cobertura de conformidad con las prioridades y estrategias
Nivel Táctico		OBJETIVO TÁCTICO: Aumentar en un 90% el porcentaje de recuperación de los adeudos generados producto del no pago de las cuotas obrero patronales así como por la atención médica de personas no aseguradas META TÁCTICA: Que al año 2022 se hayan estandarizado los procedimientos cobratorios / Se haya capacitado a los gestores de cobros / Se hayan habilitado tecnologías		OBJETIVO TÁCTICO: Incrementar a un 85% el porcentaje de cobertura de patrones, trabajadores y grupos específicos META TÁCTICA: Que al año 2022 se hayan definido/implementado normas específicas / tecnologías / capacitación para la formalización de grupos de difícil cobertura
Nivel Operativo		OBJETIVO OPERATIVO: Aumentar el porcentaje de recuperación de los adeudos generados en el hospital, producto del no pago de las facturas por la atención médica de personas no aseguradas META OPERATIVA: Que al año 2022 se haya realizado la gestión cobratoria del 100% de las deudas generadas por usuarios no asegurados, (conforme los nuevos lineamientos / capacidades / tecnologías)		OBJETIVO OPERATIVO: Aumentar el porcentaje de formalización de grupos específicos de difícil cobertura META OPERATIVA: Que al año 2022 se haya implementado estrategias específicas para el abordaje de grupos de difícil cobertura, (conforme los nuevos lineamientos / capacidades / tecnologías)
				Ejecución

16)



Lic. Arias Mora:

Bueno, buenos días. Como bien lo decía Susan esta propuesta de Plan Estratégico (PE) es una propuesta para trabajarla en conjunto. Sí les adelanto que tiene un cambio en el enfoque que se le ha venido dando al Plan Estratégico, utilizando el Modelo de Gestión para resultados y análisis constructivo, como elementos fundamentales para llegar a la construcción del P.E. Seguidamente vamos a ir viendo alguno de los principales pasos que ejecutamos en este proceso, que resultó en el documento que les fue trasladados a ustedes la semana pasada. Inicialmente e importante indicar que tenemos un componente o un grupo de componentes, que forman el sistema de planificación en la Caja, a través de la cual se despliega toda la estrategia pensando siempre en la generación de valor. El PE es el documento que estamos ahora trabajando, el Plan Táctico y la Agenda Estratégica, que es un documento donde se despliega, en primera instancia la estrategia institucional, también, el Plan Operativo que es ya el instrumento de planificación, en el cual se desagrega toda la gestión sustantiva de las unidades y donde también, se incorpora parte de la planificación táctica, como corresponde al seguimiento y control que también, es un insumo sumamente importante, precisamente, para la toma de decisiones y el aprendizaje dentro de este tipo de procesos, esto como los componentes centrales que direcciona en su construcción la planificación, la Dirección de Planificación Institucional. En lo que corresponde, ya eso era como un preámbulo para poder entrar propiamente al marco metodológico, lo que corresponde al marco metodológico en planificación estratégica inicialmente, es importante hacer énfasis en el enfoque que se le quiso dar a este Plan Estratégico, partimos de la legitimidad que nos da la Ley y que nos da decía la Constitución del Gobierno que está plasmado en la misión y visión institucional, partiendo de este elemento central que dicta el mandato, que tiene la Institución por obligación de cumplir el principal. La actividad prioritaria que la Institución debe desarrollar es precisamente, responder a la demanda social, qué es lo que demanda la población precisamente la generación de valor y administración de resultados, a través de nuestros servicios de salud y pensiones. Estos servicios y estos resultados se encuentran inmersos en un contexto, en un contorno de incertidumbre, especialmente por elementos de futuro que podrían potenciar, poner en riesgo, limitar o afectar la generación de estos resultados, precisamente, en este componente superior es en el que nos vamos a enfocar o que está enfocada la Propuesta del Plan Estratégico, un poco diferente a lo que hemos hecho en otros momentos, donde han sido más importante los procesos internos. En ese momento, nuestro eje de atención esta focalizado en los resultados para

la población y la generación de valor, si enfocamos la planificación estratégica desde ese óptica estaríamos generando direccionamiento hacia la parte operacional desde prestación de servicios, precisamente, enfocada en la generación de valor y en los de fortalecimiento de capacidades y el cierre de brechas, va a ser de suma importancia para la generación de este valor, es decir, estaríamos preocupándonos por mejorar la prestación de nuestros servicios en función de la generación de valor y la generación de resultados, logrando hacer toda esta articulación, que es la que se plantea. Empezar desde el plan estratégico, pues habría un componente de confianza que nos daría la población y otros factores que fortalecerían esta legitimidad que la Institución tiene en la prestación de servicios. Este elemento es algo muy conceptual, pero es sumamente muy importante, porque es como un marco referencial hacia el cual direccionar toda la Planificación Institucional si logramos articular estos 3 elementos, podríamos estar hablando de que se generaría más valor público y que la Institución, estaría direccionada hacia esa labor. Ahora, este marco conceptual como lo bajamos ya a la Planificación Estratégica Institucional bueno nos basamos en dos marcos teóricos: el modelo gestión para resultados, que es un modelo que ya el Gobierno en una directriz desde diciembre del año pasado, solicita sea incorporado en el (...) de las Instituciones Públicas y también la prospectiva estratégica, como el instrumento por el cual hacemos toda la síntesis de lo que corresponde al análisis del factor. Entonces, bueno teniendo claro este enfoque y que el Plan Estratégico, va a estar apuntando a los resultados, hicimos ya toda la aplicación metodológica, la cual como vimos parte del mandato está en nuestra visión y misión. Inicialmente, hicimos un análisis del entorno y de la incertidumbre en el cual se desarrollaron dos componentes centrales, resultados estratégicos y análisis (...), resultados estratégicos como cambios en la condición y situación de la población, que es lo que buscamos y el análisis (...) que es la comprensión del futuro, es decir, qué elementos podrían afectar la consecución de estos resultados. Estos resultados responden a una demanda social, como lo vimos en el marco conceptual inicial y corresponden a resultados previstos, con una anticipación de futuro. Para poder representar esto en el documento que a ustedes se les facilitó, utilizamos como marco de referencia, un marco de resultados en el que se estableció una imagen hacia la cual apunta la Institución para estos cuatro años. Vale la pena destacar que los resultados no son de corto plazo, o sea, no significa que en estos cuatro años vamos a alcanzarlo, pero si está direccionada la planificación hacia esos resultados. En lo que corresponde al análisis prospectivo, se hizo una identificación de hechos de futuro, para eso se hizo una investigación de una serie, de una investigación documental de bastantes documentos que hablaban sobre temas de futuro, relacionados con temas epidemiológicos, con temas financieros y con temas económicos. También, hicimos una serie de consultas, hicimos o estuvimos en la presentación de las evaluaciones actuariales y todos estos elementos nos generaron, la posibilidad de identificar hechos de futuro e identificar variables, que podrían potenciar el impacto de estos hechos de futuro, sobre la generación de resultados para este proceso. Se utilizó el análisis estructural que es una herramienta prospectiva, ahí utilizamos un sistema tecnológico que se llama “Mick Mack”, que es un instrumento que nos ayuda a hacer todo el proceso de análisis de estas variables, a identificar cuáles son las prioritarias y las que constituyen un desafío para la Institución en primera instancia. En esta primera parte del ejercicio de planificación estratégica, logramos establecer las variables (...) que constituyen el eje de atención o el foco de atención, hacia el cual se direcciona la estrategia institucional y que podrían, como vimos al inicio, afectar en potencial poner en riesgo la generación de esta imagen de resultados. Este es como el preámbulo, a lo que es el ejercicio de construcción estratégica, que es el que está plasmado en el P.E. propiamente. Aquí a partir del análisis de estos elementos de este proceso previo, se definieron ejes estratégicos, se definieron objetivos estratégicos y se definieron o propusieron,

más bien una serie de líneas de acción estratégica que es en este punto, en donde importa un poco más o esperamos un poco más aportes de la parte gerencial que en estos momentos, están revisando el documento y esa parte de las líneas de acción que las gerencias van a optar, como sus grandes líneas en estos cuatro años. Esto está plasmado en el Plan Estratégico Institucional, que constituye el direccionamiento estratégico, que se plantea como propuesta de trabajo para desarrollar con la Junta Directiva. El principal objetivo del Plan Estratégico es anticiparse y administrar la incertidumbre que afecta la generación de resultados. Desde esta lógica estaríamos dando un direccionamiento al plan, salud, un direccionamiento al plan estratégico hacia la generación de resultados que es un elemento bastante importante, según la siguiente etapa, es la fase institucional, una vez que logremos consolidar el Plan Estratégico y que sea debidamente validado y aprobado por la Junta Directiva, estaríamos hablando del proceso de implementación, donde hay tres componentes principales, la agenda estratégica, la planificación táctica y la planificación operativa, siendo estos instrumentos en donde se personaliza la estrategia y donde ya llevaríamos los respectivos controles y los cuadros de mando sobre cumplimiento de la estrategia, esto como parte del lineamiento en donde estaríamos ya pues, operacionalizando lo que es la estrategia contenida en el Plan Estratégico. Esto en grandes rangos son las interfases de la planificación estratégica, en estos momentos estamos por esta fase de acá, que dice la definición y división de las líneas de acción, con base en los objetivos y ejes estratégicos que se establecieron previamente, según esta metodología prospectiva y de resultados estratégicos. Es un proceso lógicamente importante que es el de seguimiento de evaluación de toda la construcción estratégica y el cumplimiento de resultados, ya lo que es un poco los resultados de la metodología a grandes rasgos, porque es bastante amplia la metodología. Entonces, quisimos traer como lo más importante, partiendo de la imagen de los resultados que se estableció y se definen en el PEI como (...) de resultados. Se hizo un análisis de la incertidumbre y del entorno, que podría afectar y poner en riesgo y potenciar la consecución de estos resultados que están en nivel superior, producto de este análisis se lograron identificar 14 hechos portadores de futuro que podrían incidir en la consecución de esos resultados y 77 variables que fueron identificadas y analizadas asociadas a estos hechos portadores de futuro. Esto es sumamente importante, porque es la base sobre la cual se construyen los objetivos estratégicos y los ejes estratégicos y las líneas de acción que, también, son fundamentales para el cumplimiento de la estrategia, para lograr articular toda esta información que era bastante, bueno, utilizamos el análisis estructural, perdón, el análisis estructural y el sistema Mic Mac, que es un sistema que permite hacer todo ese análisis de variables, identificando las prioritarias y las que deberíamos abordar de una forma más rápida, para lograr se deberá cumplir con estos resultados, más o menos lo que es las salidas de información de este sistema Mic Mac lo tira en un eje cartesiano. Estas son las 77 variables analizadas, producto de ese análisis, según la metodología se debe priorizar la intervención sobre las variables que determinan que las reguladoras y las variables clave y también, las variables de palanca secundarias, que estas son variables más transversales, como tecnología, como evaluación, que potencian la consecución o el abordaje de estas otras variables. Importante en estas variables, por ejemplo, hay variables determinantes y variables reguladoras. Salieron temas como el tema de enfermedades crónicas, el tema del envejecimiento, el tema del déficit fiscal y otros temas ahí, también, muy importantes que están asociados al comportamiento institucional. Aquí una variable clave y significativa también asociada, según los estudios de valuación actuarial, a la posibilidad de que tengamos algún tipo de desequilibrio financiero en algún momento, que tenemos que anticiparnos a esa posibilidad y como fundamento, para la decisión de efectivo. Entonces, se tomaron estos cuatro grupos de variables, un total de 20 variables fueron consideradas, tanto para definir los objetivos y las líneas de acción estratégica, más o

menos para mostrarles cómo funciona el sistema. El sistema identifica un grupo de variables, las que están en esta parte son variables que la Institución, no puede asumir, por ejemplo, el de crecimiento de pensión privada o el tema del déficit fiscal. Si bien es cierto, son variables que la Institución, no puede atacar de frente, el sistema nos dice que sí podemos influir a nivel interno, abordando otro tipo de variables, por ejemplo, reformas legales para colocar sumas del IVM, por ejemplo, nuevos modelos de financiamiento, por ejemplo, nuevos esquemas de aseguramiento. Entonces, esa lógica es la que usa el sistema con todas las variables, no se ocupe de las que son variables, que no son controlables para la Institución y ocúpese por establecer estrategias y líneas de acción, así como objetivos sobre variables, que a nivel interno podemos influir y generar cambios. Esto es un ejemplo como para vean y así es el resto de variables en donde hablan temas de salud, de temas de todo tipo, que también fueron incorporadas en el Plan Estratégico. Bueno, ya aquí que abordamos estas variables, podríamos influir sobre el peso que estos elementos de futuro pudieran generar en la dinámica institucional. Entonces, bajo esta lógica fueron contruidos todos los objetivos del Plan Estratégico que están, que estamos proponiendo como propuesta de trabajo. Producto de toda esta labor y de los resultados que nos da este sistema logramos definir, por así decirlo proyectar un escenario institucional en donde el envejecimiento, es un tema importantísimo que tiene que ser abordado. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) al 2050 más de un 30% de la población superará los 60 años; eso nos genera un cambio en la dinámica de mercado laboral y también, en la complejidad de la atención médica, para esta ciudadanía y, también, de qué forma van a llegar la gente adulta mayor de salud y otros elementos también de futuro, que son importantísimos y que fueron también, por el sistema priorizados que constituyen desafíos para la generación de resultados institucionales y que es parte de la toma de decisiones y hay que tomar para la formulación del PEI 2019-2022. Entre las principales variables nos enfocaron en temas específicos que constituyen los cuatro desafíos que se plantean en el Plan Estratégico Institucional: envejecimiento de la población, enfermedades crónicas, la posibilidad de un desequilibrio financiero y el tema de déficit fiscal que, eventualmente, podría subir de connotación, a una crisis que la Caja tiene que anticipar también y lógicamente, un tema transversal que son las variables palanca de innovación, tecnología y evaluación que, también, forman parte de estos objetivos y ejes estratégicos definidos por la Institución. Precisamente, de estos nacen nuestros ejes y los objetivos asociados, los objetivos estratégicos asociados a estos ejes; lo que corresponde ya a la construcción estratégica teniendo todo ese escenario previo de análisis y de diagnóstico por así decirlo, que no es un diagnóstico situacional, sino más bien un diagnóstico hacia futuro. Se hizo la construcción estratégica y llegamos a estos principales resultados, cuatro ejes estratégicos y cinco objetivos que se someten a valoración de la Junta Directiva. Eje prestación de los servicios de salud y de pensiones con oportunidad y calidad, el objetivo 1) contribuir de forma oportuna a la división de la carga enfermedad y mortalidad asociada a padecimientos crónicos no transmisibles y degenerativos, trastornos mentales, violencia, traumatismos, estos objetivos asociados a las variables también. Objetivo dos: asegurar la protección social y económica oportuna a la población asegurada y beneficiaria de los seguros sociales administrados por la Institución. El otro eje: promoción de la salud y prevención de la enfermedad, para este eje se asoció un objetivo que es aumentar la promoción de estilos de vida saludables y la prevención de los principales factores de riesgo, asociados a enfermedades crónicas no transmisibles y degenerativas, como un elemento importante pensando en envejecimiento y pensando también, por qué no en los costos que implica la atención médica a este tipo de padecimientos y la complejidad también. La sostenibilidad del Seguro Social que es otro elemento importante dentro de los resultados que obtuvimos, el objetivo de mantener la sostenibilidad de la prestación de los servicios asociados a

los seguros sociales que administra y gobierna la Institución y un objetivo que es más transversal que afecta el comportamiento y la dinámica de todos que es la innovación, mejora continua en la prestación de los servicios, en donde se pone como objetivo o se propone como objetivo incrementar la innovación, la investigación y evaluación como agentes de cambio y mejora para la prestación de los servicios. Estos serían, por así decirlo, los principales componentes del Plan Estratégico Institucional y asociados a estos componentes, es que es importante contar con el aporte gerencial en las líneas de acción, propiamente, nos hará traducir esto en acciones más tangibles a nivel práctico y operativo y entre todo el sistema. En esta misma línea nosotros a cada objetivo a nivel de la Dirección y de un ejercicio nuestro, se propusieron una cierta cantidad de líneas para cada uno de ellos. La idea es que esto sea reforzado y mejorado con el aporte gerencial que es el proceso, en el que estamos ahorita en estos momentos, basados en estos cuatro objetivos, estos cinco objetivos, perdón, que fueron planteados inicialmente. Esto es, bueno, estos objetivos y estas líneas de acción se despliegan en el sistema de planificación y en la operación institucional a través de esta forma, nace del seno de la Junta Directiva y Presidencia Ejecutiva, con el aporte técnico de la Dirección de Planificación nace el Plan Estratégico, que fluye como direccionamiento estratégico hacia los niveles tácticos operativos a través de la agenda, como principal instrumento de la organización táctica también, que es un instrumento de operativización de la estrategia y a su vez, esto baja al nivel operativo en donde también, se genera la acción más operativa asociada, tanto a la gestión sustantiva de las unidades, como aquellas acciones de índole estratégico, que tienen que bajar hasta el nivel operativo. Lo anterior, basado en un entorno que se analizó y se proyectó a futuro, considerando elementos de direccionamiento, de proyección como los que brinda actuarial, acuerdos de Junta, lineamientos, otro tipo de modelos de prestación. En realidad, el proceso de construcción estratégica es bastante dinámico y contempla el análisis de múltiples factores incluyendo entre ellos el entorno y el tema del futuro a través de la prospectiva, un ejemplo, que quisimos traer para que viéramos cómo se desagrega la estrategia a todos los niveles, por ejemplo tenemos en el documento que se lo pasamos a cada uno de ustedes. Un eje estratégico sostenibilidad del Seguro Social con el objetivo de mantener la sostenibilidad de la prestación de los servicios, a este objetivo le asociamos una serie de líneas de acción estratégica. Tomamos como ejemplo dos de ellas, en este caso diseño de fuentes de financiamiento y recuperación para las contribuciones para diversificar y aumentar los ingresos de los seguros administrados por la Caja, que esperaríamos a nivel táctico (...). Un objetivo táctico que ya sería un último gerencial, necesita un compromiso por aumentar el porcentaje de recuperación de los adeudos generados, en las cuotas obrero-patronales así como por la atención médica de las personas no aseguradas, con una meta táctica de que al año 2022 hayan estandarizado procedimientos moratorios, se haya capacitado, se hayan habilitado tecnologías. No sé, digamos, lo que la Gerencia defina como estrategia en estos cuatro años y a nivel operativo ya las unidades, por ejemplo, en este caso un hospital que se compromete a aumentar el porcentaje de recuperación de los adeudos generados, en el hospital producto de no pago de facturas de atención médica a personas no aseguradas y la meta de que al año 2022, se haya realizado la gestión cobratoria al 100% de las deudas generadas por usuarios no asegurados. Entonces, eso es un ejemplo de cómo podría desplegarse de la línea de resultado del eje del objetivo, las líneas de acción y en todos los niveles cómo podríamos estar viendo, el desarrollo de la planificación estratégica y el alineamiento. El otro ejemplo, desarrollo de mecanismos innovadores dirigidos a promover la formalización de patronos, trabajadores y grupos de difícil cobertura de conformidad con las prioridades y estrategias, esto tiene un carácter más preventivo de abordar a los que no se aseguran, esperaríamos un objetivo táctico donde se incremente, por ejemplo, un 98%; un porcentaje de cobertura de patronos y trabajadores y grupos específicos con

una meta táctica y que al año 2022 se hayan definido o implementado normas específicas, tecnologías de capacitación entre otros, para formalizar grupos de difícil cobertura y ya una unidad más operativa, comprometiéndose a aumentar el porcentaje de formalización de grupos específicos de difícil cobertura, con una meta de que al año 2022, se haya implementado estrategias específicas para abordar a grupos de difícil cobertura. Entonces, la lógica de funcionamiento del sistema y el despliegue en metas podría verse de esta forma partiendo lógicamente del mandato y el direccionamiento que de la Junta Directiva se emita, para poder (...) estos cambios, en temas muy específicos y centrales y estratégicos, para la Junta Directiva y para la Institución. Esto como parte de tácticas operativas, como parte de la ejecución corresponde al direccionamiento emitido de la Junta Directiva. Bueno, como paso siguiente al Plan táctico y adelantándonos un poco a lo que viene en el Plan Estratégico y adelantándonos a lo que viene la Formulación de Plan Táctico, es sumamente importante y es un proceso que se encuentra en curso, porque es aquí donde se inicia la operativización de la estrategia, es decir, no terminamos con el Plan Estratégico, sino que la operativización, a través de tácticas es fundamental, para poder aterrizar estos temas y que de veras se implementen a nivel institucional, el primer elemento dentro de esta construcción táctica el alineamiento y la visión de desarrollo de la Gerencia, para atender la estrategia institucional que esto es fundamental y es lo que esperamos, como partes de las líneas de acción estratégicas definidas por las Gerencias, el análisis de capacidades y la definición de objetivos, para resultados muy importante, análisis de capacidades pensando en los resultados que se plantean y en la estrategia definida a nivel institucional plasmada en el plan estratégico institucional, la innovación y desarrollo y proyectos específicos que se planteen. para atender la estrategia también y la programación ya específica de todos estos elementos que son los componentes centrales del Plan Táctico que, también, se encuentra en estos momentos en proceso. Toda esta programación también se vierte en la planificación operativa y plan presupuesto donde se da ya una ejecución más directa de los recursos y es aquí hasta donde llegaría, por así decirlo lo del alineamiento de la estrategia en todos los niveles, incluyendo la agenda estratégica, que es otro de los grandes puntos que nos ayudaran a esta operativización de la estrategia y en lo que corresponde ya a la agenda de proyectos.

La Ing. Peraza Solano expone con base en la siguiente presentación:

17)



18)



Ing. Peraza Solano:

Este es un documento complementario que va a ir al Plan Estratégico, que lo que incluye son proyectos estratégicos que han definido ustedes como prioritarios, ahorita tenemos 10 identificados que son los que ya están, digamos, en ejecución. Tenemos el modelo de prestación de servicios de salud, el de fortalecimiento de los servicios de hospitales que es bien conocido como el de gestión hospitalaria, el proyecto de Fertilización In Vitro (FIV), porque son proyectos que están incluidos en el Plan Nacional de Desarrollo, la construcción del nuevo hospital de Puntarenas y el de Turrialba. Lo que se vaya a hacer de ahora en adelante, para el EDUS para terminar su implementación, la reestructuración institucional, el Plan de innovación o Enterprise Resource Planning (ERP), el modelo de gobernanza en TIC y la Política de Sostenibilidad Financiera. Estos proyectos lo que tienden es al logro de los objetivos o de los resultados que necesitamos a nivel interno, para lograr impactar los resultados que se van a dar a los usuarios. Entonces, lo que estamos haciendo ahorita, es identificando a parte de estos con las gerencias, con esta serie de criterios que tenemos aquí al lado izquierdo, es si tenemos proyectos que tienen un nivel de madurez entre medio y alto, que sean de impacto para el nivel institucional, que tengan un compromiso de país, que son incluidos en el Plan Nacional de Desarrollo (PND) y que tengan un intercambio intergerencial para el logro de los objetivos, se incluyen dentro de esta agenda. Esta agenda, ya se venía desde la administración pasada, pero se le está dando como una actualización definiendo líneas bases, definiendo metas para el periodo, porque a veces era un poco ambiguo, en decir que era lo que iban a lograr en los cuatro años o que el proyecto, fuera a durar más tiempo, entonces, tener disponible un sitio colaborativo con herramientas de control para que ustedes y los Gerentes, puedan visualizar cuál es el avance que se está teniendo en los proyectos y desplegar una estrategia de comunicación, para que sean posicionados a nivel institucional. Además, lo que se logra entre estos requerimientos, es el posicionamiento de la agenda, la redefinición de las prioridades y la rendición de cuentas, estos se los estaríamos presentando con la propuesta final del plan estratégico, pero lo que queremos ahorita que les estamos mandando a los gerentes, es aparte de estos 10 que ya están identificados, ver si hay alguno otro que ustedes identifiquen, algún otro proyecto que pueda ser incluido entre la agenda, para que tenga ese control más de cerca de parte de nosotros y de ustedes. Y, bueno, esto es son

los sitios claves que tenemos ahorita conforme lo que se defina aquí, queremos traerle para aprobación final el P.E.I. en diciembre. Bueno, ahí traemos la propuesta de acuerdo, en marzo estaríamos presentando la aprobación de los planes tácticos de las gerencias, que es con todo el insumo que los gerentes, van a incluir para el cumplimiento de los objetivos estratégicos. Bueno, en marzo sería los planes tácticos, en abril iniciaríamos el proceso de construcción del Plan Presupuesto Institucional y traeríamos ya en setiembre la aprobación final del Plan Presupuesto, para que ustedes puedan decidir sobre lo que se va a mandar a la Contraloría. Entonces, sobre este punto de aprobación del P.E.I quisieramos abrir la conversación con ustedes, para que nos digan si de la lectura que hicieron del documento, se tienen algunas otras prioridades identificadas y que los gerentes, puedan también aportarnos cuáles son las líneas estratégicas que ellos proponen para fortalecer el documento. Entonces, no sé si empezamos con algún gerente.

Doctor Macaya Hayes:

Bueno, muchas gracias por ese enmarcar de la discusión de hoy. Habíamos quedado en que le íbamos a dar a cada gerencia un plazo de unos 10, ojalá no más de 10, pero quizás unos minutos más, que no pase de 15 minutos, para exponer cómo están viendo su área de responsabilidad, o áreas de responsabilidad y qué ven en términos de Plan Estratégico dentro de sus gerencias. Entonces, ya después comenzamos con una conversación más abierta de la Junta Directiva, ¿quién quisiera empezar de las gerencias? Jaime, voy a llevar el tiempo porque si, el tiempo es oro y tratemos de que sea concreta. Les voy a señalar cuando van por la mitad, así es que nada más lo puntual, si en San Carlos ahí cuando fuimos a visitar el viernes, tenían un reloj como esos de cocina que cuando llegan al tiempo suena la alarma, nos serviría mucho aquí en la Junta. Adelante Jaime.

19) Propuesta de Acuerdo

Conocida la propuesta técnica del Plan Estratégico Institucional 2019-2022 presentada por la Dirección de Planificación Institucional, esta Junta Directiva acuerda:

1. Instruir a la Dirección de Planificación Institucional para que integre en la propuesta las prioridades establecidas por esta Junta Directiva y presente los primeros días de diciembre de 2018 la versión final del documento
2. Instruir a las Gerencias para que remitan a la Dirección de Planificación con carácter prioritario las líneas estratégicas propuestas para alcanzar los objetivos estratégicos definidos

Ingresa al salón de sesiones el licenciado Luis Bolaños Guzmán, Director de la Dirección de Bienestar Laboral.

Espacio para exposición de las Gerencias.

Expone el Lic. Jaime Barrantes Espinoza, Gerente de Pensiones, con base en las siguientes diapositivas:

PRESENTACIÓN GERENCIA DE PENSIONES.

Ingresan al salón de sesiones el licenciado Sergio Gómez Rodríguez, Director de la Dirección de Presupuesto y la licenciada Ivonne María Ruiz Barquero, Asesora de la Gerencia Financiera.

Se retira temporalmente del salón de sesiones la Arq. Gabriela Murillo Jenkins, Gerente de Infraestructura y Tecnologías con recargo de la Gerencia de Logística.

Continúa exponiendo el Dr. Roberto Cervantes Barrantes, Gerente Médico, con base en las siguientes diapositivas:

1)



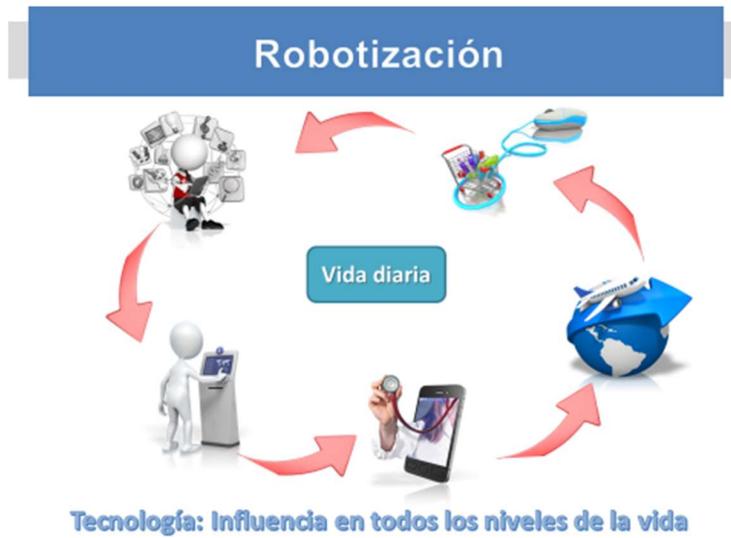
Visión Estratégica 2019 - 2030



2)



3)



4)

Producción en Pensiones y RNC

Tema	Resumen del Indicador	Línea Base	Meta 2019	Proyecciones de Pensionados
Producción Pensiones	Beneficiarios con pensión	271.941	287.235 personas	507.367 al 2030
				1,179.867 al 2050
Régimen No Contributivo	Beneficiarios con pensión	119.544	113.111 personas	34% sin Pensión. 170,000 adultos mayores 2030: Negociar aumentar cobertura de un 100%

- ✓ Implementar un modelo de gestión de pensiones a nivel nacional, que garantice un servicio estandarizado en los diversos trámites a nivel nacional.
- ✓ Implementación de herramientas tecnológicas para la gestión de servicios multicanales ofrecidos en el Seguro de Invalidez, Vejez y Muerte. (APP, Telegestión, Kioskos de información, Contact Center), servicios de terceros

5)

Prestaciones Sociales

- ✓ Fortalecer el portafolio y cobertura de servicios de Prestaciones Sociales brindados en el Seguro de Pensiones de Invalidez, Vejez y Muerte.



6)



7) Sostenibilidad Actuarial

- ✓ Procesos de diálogo al menos cada 5 y medidas graduales pero de impacto significativo.
 - Edades de retiro más flexibles
 - Pensión proveniente de los 3 pilares
 - Cotización considerando rebalanceo de cuotas
- ✓ Educación en Seguridad Social
- ✓ Acompañamiento de expertos internacionales de países con unos procesos más avanzado de envejecimiento.
- ✓ Fortalecimiento de la función actuarial.

Lic. Barrantes Espinoza:

Bueno, buenos días. Bueno, don Christian, mi nombre es Jaime Barrantes Gerente de Pensiones, en este caso estaría hablando de 2019-2022, pero vamos a hablar particularmente de la época que sigue que es trascendental, en todo el tema de pensiones, porque ya vamos a empezar a ver de más de cerca, algunos de los cambios que se han venido anunciando. En este sentido, principalmente, en el componente demográfico y el componente actuarial y tecnológico, en el caso de Pensiones hemos establecido estos cuatro grandes temas estratégicos, que hemos venido trabajando en este sentido, lógicamente, en lo que es ha sido muy importante en estos años, el tema de la sostenibilidad actuarial y la discusión a nivel de país, incluso, que se ha dado el tema de cómo hacer sostenible esas metas en nuestro sistema de pensiones. Aspecto de que no solamente Costa Rica está hablando, sino que en todos los países del mundo se habla de cómo hacer sostenibles estos sistemas. Está la gestión de pensiones, es decir, cómo podemos tramitar de una manera más proactiva, más eficiente, más ágil, todo el tema de los servicios que damos en pensiones, no solamente a pensionados sino al afiliado y como estandarizar, precisamente, este proceso y tenemos las inversiones de todo el manejo de nuestra cartera que ha venido a través de

los años, pues siendo una cartera que ha estado concentrada, prácticamente, en los títulos del Gobierno y como establecer a la luz de lo que estamos viendo con todo el tema de déficit fiscal y otros elementos establecer alguna diversificación y el tema que hemos venido trabajando de prestaciones sociales, precisamente, o no solamente pensar en darle a la persona una pensión, sino todos estos retos que estamos hoy teniendo en temas de cómo se está comportando la sociedad y cómo estos programas precisamente, generan un impacto a la población muy beneficioso; en el sentido que algunos elementos como depresión, soledad, acceso a servicios y además, hay que estarlo pensando, precisamente, para que la población adulta mayor pues pueda tener una calidad de vida que no solamente provenga de esto. Lógicamente, todo esto como estaba bien presentado por la Dirección de Planificación, en un marco de tecnología y robotización que va a afectar toda nuestra vida diaria y que, precisamente, estamos viendo que va a influenciar todo lo que estamos haciendo tanto en temas de gestión, como en temas de ingresos de los seguros sociales. Entonces, en este sentido estamos trabajando, precisamente, en tener una agenda estratégica y metas cuantificables que, precisamente, nos permita como Pensiones insertarnos a todos estos elementos, vamos a tener cambios significativos, por ejemplo, para el 2019 estamos hablando de 287.000 personas que serían pensionadas del Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte (RIVM), pero ya solamente para el 2030 va a ser prácticamente el doble, va a ser medio millón que vamos a tener de pensionados y al 2050 más de un millón de pensionados. Entonces, la demanda que vamos a tener y los retos de sostenibilidad que tenemos para la próxima década son fundamentales en este sentido. Entonces, como generar un servicio precisamente y que lo hemos visto aquí y gente, incluso, ha escrito en medios de cómo, incluso, es atendido en las diferentes sucursales, pero básicamente proyectando también al tema tecnológico, como las personas pueden tener acceso y depender menos de su trámite de los famosos papeles y además, e irnos a un tema digital que desde su casa o desde cualquier lugar del mundo, donde esté pueda tramitar la pensión y hemos visto también, en algunos artículos que han salido en La Nación del tema de cómo incrementar la cobertura para el adulto mayor. Todavía un 34% de personas que no tienen ninguna pensión y cómo negociar precisamente desde la Institución y que la Institución pues, esto es un tema país es un tema que no puede solucionar la Institución y sino negociar con otros actores, como llegar a un 100% cronológicamente habría que estandarizar un modelo de gestión de pensiones a nivel nacional y un tema de aplicación de herramientas tecnológicas y tendríamos el tema de prestaciones sociales que sería de cómo fortalecer, la cobertura y servicios de estos programas que han sido muy exitosos, pero que tenemos un reto de aumentar la cobertura, es decir, cómo estos programas pueden llegar a la mayor cantidad posible de adultos mayores, para generarles este bienestar tanto no solo lo económico sino a nivel social y el compartir, les decía yo en una, que ya Inglaterra incluso tiene una Ministra de la (...), en circunstancias donde se han venido dando situaciones con este envejecimiento y como estamos viviendo, donde no se generan espacios donde las personas puedan compartir y generar vínculos emocionales. En el tema de las inversiones, pues definitivamente hay algunas partes que no dependen tanto de nosotros, como es el tema de obra pública y definitivamente, algún porcentaje tenemos que visualizar de invertir en el extranjero, aspecto que prácticamente ya estaríamos listos, para los primeros meses del año el entrante, dar este paso de insertar parte de nuestra reserva en el mercado internacional y dar una perspectiva diferente. En el tema de sostenibilidad actuarial ya con esto para ir terminando, son imprescindibles por lo que hemos visto los procesos de diálogos al menos cada cinco años, que generen medidas de graduable pero de impacto significativo, no medidas graduables de que no generen impacto sino que generen impacto. Entonces, se puede hablar como se hace en algunos países europeos edad de retiro más flexible que la pensión, se pueda ver proveniente no solo de

la Caja sino de los otros pilares y la cotización, considerando el rebalanceo de cuotas, es decir, algunas cuotas que a futuro el gobierno está financiando en pensiones, va a dejar de financiarla y eso va a permitir hablar de estos temas en las mesas de diálogo. Educación en seguridad social fundamental y a lo estamos coordinando para tener en los primeros meses del año entrante, el acompañamiento de expertos internacionales de países con un proceso más avanzado de envejecimiento y lógicamente, un fortalecimiento de la función actuarial de cara al reto que tenemos verdad, hasta yo creo que cumplí con el tiempo. Lógicamente esto hay que (...).

Doctor Macaya Hayes:

Tenía dos minutos y medio de sobra.

Lic. Barrantes Espinoza:

A bueno, es que vi ahí un cinco y pensé era...

Doctor Macaya Hayes:

Bueno, muchas gracias don Jaime. Doña Gabriela salió un minuto a atender algo previsto tal vez. Dr. Cervantes quiere ser el siguiente.

PRESENTACIÓN GERENCIA MÉDICA.

1)



Ingresan al salón de sesiones el licenciado Sergio Gómez Rodríguez, Director de la Dirección de Presupuesto y la licenciada Ivonne María Ruiz Barquero, Asesora de la Gerencia Financiera

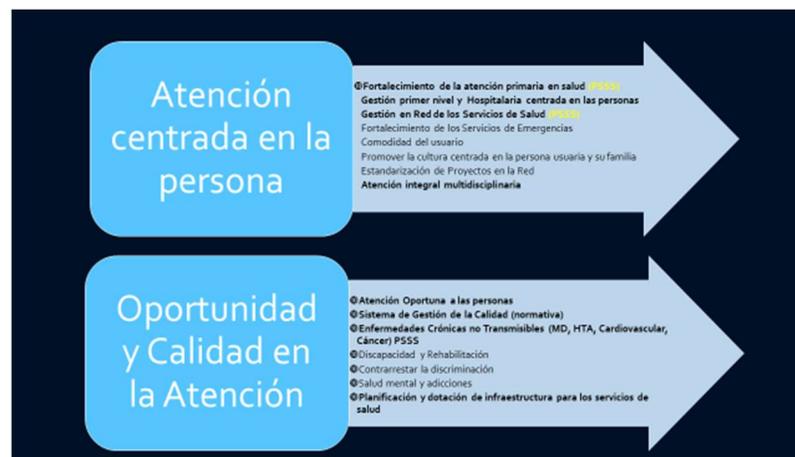
Ingresan al salón de sesiones la Arq. Gabriela Murillo Jenkins, Gerente de Infraestructura y Tecnologías con recargo de la Gerencia de Logística. (diapositiva 2)

2)

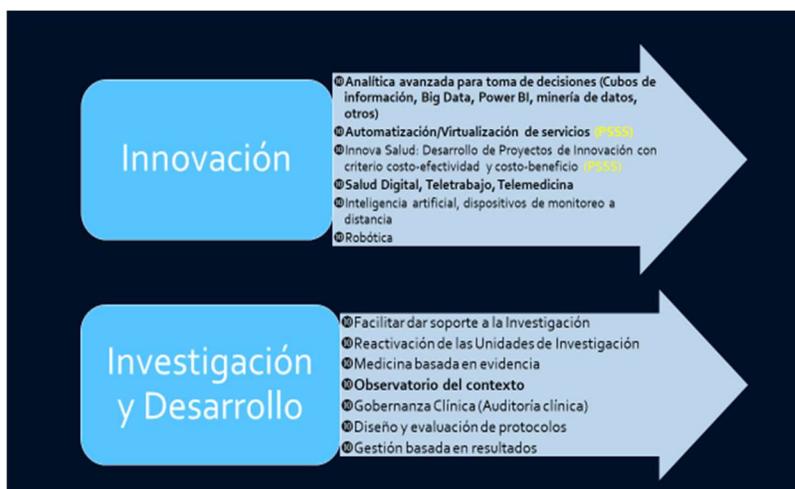


Ingresa al salón de sesiones la directora Jiménez Aguilar. (diapositiva 3)

3)



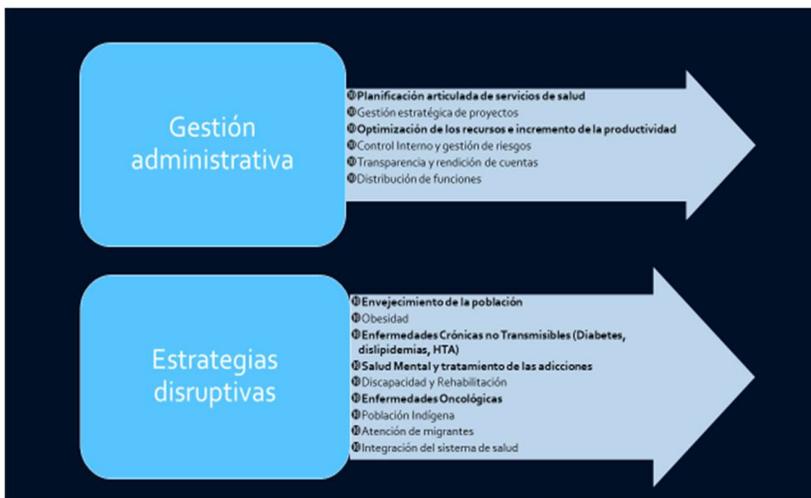
4)



5)



6)



7)

- La propuesta responde:**
- Versión Preliminar del Plan Nacional de Desarrollo 2019-2022
 - Versión preliminar del Plan Estratégico Institucional 2019-2022
 - Propuesta de Plan de Trabajo de la Gerencia Médica 2018-2024
 - Plan Presupuesto Institucional CCSS 2019
 - Política de Sostenibilidad de los Servicios de Salud
 - Plan de Atención Oportuna a las Personas
 - Proyecto de gestión por resultados (Banco Mundial)
 - Estudio de Carga de la Enfermedad
 - Proyecto de Fortalecimiento de las Redes de Servicios de Salud
 - Proyecto de cierre de brechas en los servicios de salud
 - Informe de la OCDE
 - ODS

8)



Dr. Cervantes Barrantes:

Bueno, buenos días a todos. Realmente la Gerencia Medica lo que ha hecho es a partir de mi llegada hace tres meses, es tratar de incorporarse a este proceso con Planificación, lógicamente ha faltado tiempo por un lado, para los nuestros que han tenido que, hay que recordar que algunos de nosotros venimos con una visión de hospital y área de salud, entonces, esto tiende a veces a confrontar y se los digo porque la Gerencia Medica, es parte muy importante y la impresión que uno tiene en áreas de salud y en hospitales, es que en general, todo lo que no se hace en las otras Gerencias repercute en la nuestra. El viernes yo lo viví, lo viví, porque cuando la Dra. Thais del Área de Salud de Ciudad Quesada, expone una serie de ineficiencias del EDUS, el Dr. Álvaro Salas, don José Loría al que vuelven a ver es al Dr. Cervantes, no volvieron a ver a la Gerencia de Infraestructura y Tecnología, sino que lo vuelven a ver a uno, uno es el responsable aunque es compartido con las otras Gerencias y así les puedo poner un montón de ejemplos. Cuando en una farmacia faltan medicamentos y que no es resorte, porque el farmacéutico los pidió, fue que la Gerencia de Logística no estuvo oportuna, quien pone la cara es, o sea, quiero que entiendan esto porque a partir de ahora, es muy importante el reclamo que a veces hacemos muchas veces y eso quiero que disculpen, porque nosotros somos una parte que pone la cara, que le pone la cara a todos nuestros pacientes. Bueno, vamos a ver si me acuerdo como era esto, "ok". Nosotros vamos muy en la línea de planificación, vamos muy en esa línea, si hemos hecho algunas cosas por eso lo llamamos aportes porque queremos aportar, creemos que algunas cosas se pueden mejorar. Creemos que algunas cosas se pueden cambiar y entonces, estos son los desafíos que nos planteamos, la transición demográfica y epidemiológica, porque a veces solo hablamos del envejecimiento, pero la migración ya se está convirtiendo en uno de los problemas a futuro, que más nos va a afectar y debe ser tomada muy en cuenta. Las expectativas crecientes de la población, pero con poca participación en el autocuidado, esto es importante, un día de estos estábamos en una reunión, con unas empresas y nos dijeron algo que a mí me llamó la atención, miré población muy informada, tecnología de este lado y la Caja en medio, la tormenta perfecta y eso es lo que nos está sucediendo. Entonces, es algo muy de tomar en cuenta, la sostenibilidad financiera del sistema de salud y la adaptación a los cambios del contexto, que a veces se nos olvida en un plan, incluir, para nosotros importantísimo, la atención centrada en la persona. Eso es muy importante para nosotros, la participación social y comunitaria, investigación y desarrollo

que casi no se ve, pero eso es lo que dice, la innovación, la gestión del talento humano, la oportunidad y la calidad si ven más o menos vamos en la misma línea. Estos son aportes propios del equipo mío, yo me he reunido con ellos, algunas observaciones les he hecho y también ya fue presentado a los directores de todos los hospitales del país, bueno la gestión, los ejes de la gestión administrativa que ahí ellos, bueno el impacto esperado es pensamos, igual el incremento en la esperanza de vida saludable, para la población y el mejoramiento en la calidad de vida que viene incluido, ok. Aquí nosotros queremos hacer ver que la atención central a la persona debe puntualizarse más en este plan para, porque aunque lo menciona debe, pareciera cuando uno lo lee que se centra mucho en los procesos y debe centrarse más en la atención de la persona, todo dirigido a la persona. Inclusive, yo trato de decirles a los muchachos ahí que siempre se nos dice que cuando hablamos de red que la red empieza en el EBAIS, sigue al Hospital, sigue luego al Regional y luego al Nacional. No es cierto, igual que en tiempos pasados la red empieza en el hogar, la red empieza en el hogar del EBAIS y así seguimos, ok, voy a leer. Bueno, tal vez no los voy a leer todos, pero creemos que el fortalecimiento de la atención primaria en salud se debe dar en un énfasis importante la gestión del primer nivel y la gestión hospitalaria centrada en las personas. La gestión en red de los servicios de salud, en el Plan uno siente a veces que hay dos cosas que no se están tomando en cuenta, que son el Proyecto de Fortalecimiento de la Red que viene en camino que hemos trabajado en ello y la reestructuración del nivel central. Eso debe visualizarse en el Plan también, igual nosotros dentro de esta gestión, creemos importantísimo el fortalecimiento de los servicios de emergencias, son la cara y a veces perdemos de vista eso, la comodidad del usuario suena a veces, pero eso debe de estar en un plan, porque la experiencia de los asegurados debe ser agradable cuando llega al Seguro Social y tenemos las posibilidades de hacerlo, es tan sencillo como gestionar nuestras filas adecuadamente. A veces, parece que a nadie le importa la fila, a veces, parece que a nadie le importa donde se siente, como espera, todas esas cosas que hay que revisar y luego promover la cultura centrada en la persona, usuario y su familia, autocuidado en la salud, buscarlas, “diay” no me va a alcanzar.

Doctor Macaya Hayes:

Bueno siga.

Dr. Cervantes Barrantes:

La oportunidad y calidad de la atención, entonces, la atención oportuna que yo sí creo que podemos por lo menos impactar bastante, ya nos hemos comprometido con la Sala Cuarta y aquí es donde entra el apoyo que nos puedan dar, ya se lo anunciamos a la Gerencia Financiera, porque para hacer esto se van a necesitar recursos, el sistema de gestión de la calidad nosotros ya nos vemos expuestos a todo lo que son demandas. Entonces, todos nuestros servicios deben estar protocolizados, todos nuestros servicios deben llevar normas de calidad y eso tiene que estar plasmado, enfermedades crónicas no transmisibles; aquí nosotros el énfasis que le hacemos es y eso algunos de ustedes me lo advirtió aquí, que querían ver plasmado en el Plan cómo vamos a hacer para mejorar la adhesión al tratamiento de los pacientes diabéticos, de los pacientes hipertensos y eso es parte de lo que nosotros queremos hacer, verdad, discapacidad y rehabilitación, que está incluido, que nos parece muy importante, salud mental importantísimo y obviamente, la planificación y dotación de infraestructura para los servicios de salud. Aquí lo que creemos es que hay que buscar la manera de darle más energía a esto, hay que hacerlo de una manera más rápida, de una manera más ágil, porque en esto a veces hemos ido largoplacistas,

tenemos que ser buscar las estrategias que nos den la oportunidad de ser más efectivos, hay dos que nosotros creemos que son muy importantes y que definitivamente deben desarrollarse un poquito más, que es la innovación sin que la Institución viene hacia cambios importantes, en lo que es manejo de grandes datos. Todo lo que va a producir el EDUS, eso hay que ver cómo lo vamos a manejar, pero todos los sistemas financieros, todo eso debe automatizarse y debe estar plasmado, ahí cómo vamos a manejar todo esto para las tomas de decisiones, la automatización nosotros creemos firmemente que podemos mejorar los servicios automatizándolos. Ya ustedes han escuchado la posibilidad de hacer una central de imágenes médicas y ahí empezar a reportar de todo el país, todo eso en lugar de estar comprando servicios podríamos hacerlo ahí. Luego, pensamos en los programas de salud en digital, esto quiere decir telemedicina, pero no como la que tenemos ahora, sino más reducir listas de espera, telemedicina vital en los servicios de emergencia de manera efectiva, todo eso lo estamos trabajando. Ver si podemos incrementar el teletrabajo en la Institución, pero de manera más productiva, todos los sistemas de inteligencia artificial y robótica. También queremos y creemos que debe incrementarse la investigación del desarrollo, no solo decirlo sino hacerlo, hay que facilitar y dar soporte a la investigación, hay que facilitarla ¿cómo? “Diay” estimulando a la gente, dando la posibilidad de hacer unidad de investigación o pequeños centros de investigación, en aquellos lugares en que haya problemas, nosotros hemos estado viendo la situación de insuficiencia renal en Cañas, hemos hablado con ellos y hemos visto la posibilidad de llevar ahí un equipo, darles soporte y que ellos mismos sean los que investiguen la causa. Cuando hablamos de un observatorio de contexto, creemos que debemos estar observando constantemente, la Gerencia Médica o parte de su plan observando qué es lo que sucede en el mundo, qué es lo que pasa en España con los adultos mayores, cómo los están manejando, qué podemos hacer aquí, cómo están manejando los problemas de migraciones en otros países, cómo lo podemos hacer acá. Entonces, lo que proponemos es hacer un observatorio de contexto, las auditorías clínicas y la gestión basada en resultados. Esta parte nosotros creemos que hay que fortalecer, aunque forma parte de lo que estamos trabajando nosotros, creemos que hay que incluirla, fortalecerla más en el Plan, porque se habla de promoción, pero no se habla de participación social y ahora es lo que nos obliga. El martes pasado estuvimos en la Defensoría de los Habitantes y tiene que incluir a la población, tiene que incluirla. Entonces, vean la posibilidad de esa comunicación, educación en salud, la participación ciudadana, cómo lo podemos hacer a través de los grupos organizados, que organice ya no el Ministerio de Salud, sino la Caja, toda una política en ese sentido. La inserción laboral la identificación y trabajo con líderes comunales, sectores sociales, a mí me ha llamado mucho la atención cuando he llegado acá, que en Heredia teníamos muy bien organizados todos los grupos de la comunidad, están muy bien organizados, están adscritos al Hospital, pero resulta ser que aquí estamos interaccionando con grupos de las comunidades todos los días y no tenemos una oficina que atienda todas esas situaciones, o sea, ya tenemos que tener una oficina que se dedique a trabajar con la comunidad y no pensar, que eso solo le toca al trabajador social cuando llegan o al Dr. Cervantes cuando aparece el incendio este. Entonces, creemos que todo esto hay que fortalecerlo y estimularlo las Organizaciones no Gubernamentales (ONG´s), nos pueden ayudar mucho a nosotros y la gestión del talento humano. Entonces, planificación y dotación priorizada de recurso humano, nosotros tenemos que tener claro cuántos especialistas ocupamos, cuántos técnicos ocupamos y cuántos vamos a formar, también algo que se hacía antes y ahora, no se hace es la capacitación de los gerentes, la capacitación de nuestros directores, tal vez, se hace pero no se hace con la constancia que hace años se hizo, con algunos de nosotros y gestión basada en competencias, tratar de incidir en la cultura organizacional, dar un sentido de pertenencia a los funcionarios y obviamente el recurso humano tiene que ser capacitado

fuertemente y eso pensamos que nosotros, lo hemos visto como uno de los ejes más importantes. La gestión administrativa que es inherente, ahí donde vamos a buscar es optimizar e incrementar la productividad por medio de estándares y lo otro es la rendición de cuentas, vamos a tratar con todos los directores tanto de Áreas de Salud como de Hospitales buscar la rendición de cuentas, que siempre ha sido muy efectiva. La distribución adecuada, las funciones también nos parece que hay preguntas que nos hacemos siempre y lo digo abiertamente, yo sé que a veces hay preguntas que nos hacemos ante los procesos de recursos humanos, todos se fijan a nivel central ahora, prácticamente, la mayoría se hacen en las unidades y entonces, la gente le pregunta a uno, y el que hacía este estudio de reasignación que está haciendo ahora; ahora lo tengo que hacer, pero el que lo hacía a nivel central qué está haciendo ahora y yo todavía no puedo responder, pero en algún momento vamos a tener que revisar esa distribución de funciones. Luego las estrategias disruptivas, nosotros lo que queremos es incluir nuevas estrategias, hablemos de envejecimiento de la población. Bueno, quien quita que en algún momento tengamos que medir sino tenemos en emergencias que hacer consultorios, para geriatría al igual que tenemos separada la atención de las embarazadas, también pensemos en que las consultas para adultos mayores, podría ser perfectamente por escrito, podría ser si hay una serie de alternativas que tenemos para esta población, en las enfermedades crónicas no transmisibles, estamos gastando mucho dinero, no estamos siendo efectivos “diay”, busquemos cómo ser lo más efectivos posibles. En salud mental el tratamiento de las adicciones, nosotros creemos que hay muchas cosas ligadas a la salud mental que luego nos da problemas pero no estamos viendo la salud mental como algo solo como un problema de salud, creemos que este problema debe insertarse en la comunidad con estrategias hacia seguridad, problemas sociales, determinantes de la salud, entonces, así lo pensamos enfocar. Discapacidad y rehabilitación para nosotros, es muy importante y es una de las cosas que hemos tomado, las enfermedades oncológicas que esperamos cerrar paradigmas y si fuera posible restaurar centros de quimioterapia, en distintas sedes regionales, ya lo vimos en San Carlos que hicieron las peticiones de la gente, creo que Liberia y otros lugares verdad, población indígena, atención de inmigrantes ya debe ser algo constante, porque eso está influyendo mucho. Luego, la integración de los sistemas de salud, en mi experiencia en estos meses para poder y que la Gerencia impacte y pueda seguir adelante el trabajo, tiene que ser coordinado entre las distintas Gerencias. Entonces, es una de las cosas que vamos a tratar por la Gerencia, estamos propuestos a coordinar con el resto de los compañeros, para que las cosas salgan adelante. A veces, no es tan fácil porque todos están muy ocupados pero hay temas en común que tenemos que analizar y yo creo que es algo de lo que nos hemos propuesto hacer. Vamos a ver qué se me queda, ¿se me acabo el tiempo doctor? Bueno, entonces, “ok”, entre las cosas que creemos muy importantes, es que debe visualizarse en el Plan institucional ese cambio que va a ver en nuestra estructura organizacional que en algún momento, uno no lo siente reflejado ahí y nada más eso sería.

Doctor Macaya Hayes:

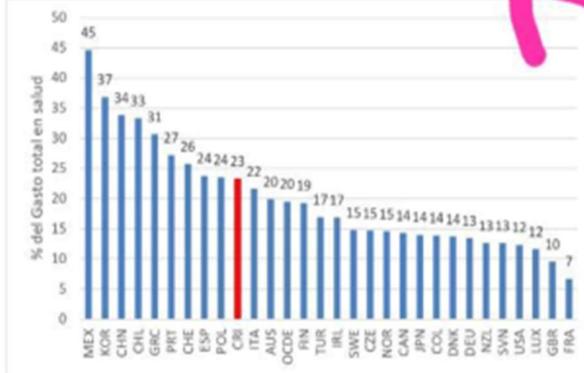
Perfecto muchas gracias doctor. ¿Gabriela?

Expone la Arq. Gabriela Murillo Jenkins, Gerente de Infraestructura y Tecnologías con recargo de la Gerencia de Logística, con base en las siguientes diapositivas:

1)

Además, una mejor calidad en los servicios de salud pública podría atenuar el elevado gasto de bolsillo en salud privada por parte de las familias costarricenses (gráfico 10). Esto elevaría el ingreso disponible y, por lo tanto, habría una mayor capacidad de pago de los impuestos actuales o futuros para eliminar el déficit primario.

Gráfico 10
Gasto de bolsillo en salud en el 2013 ^{1/}

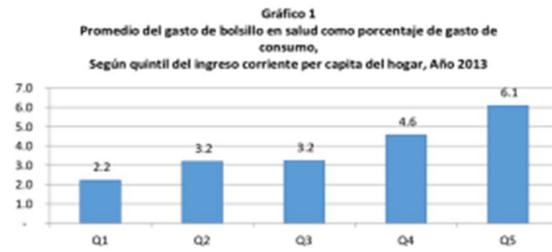


Fuente: OCDE Estadísticas en Salud
^{1/} O el año más cercano

2)



3)

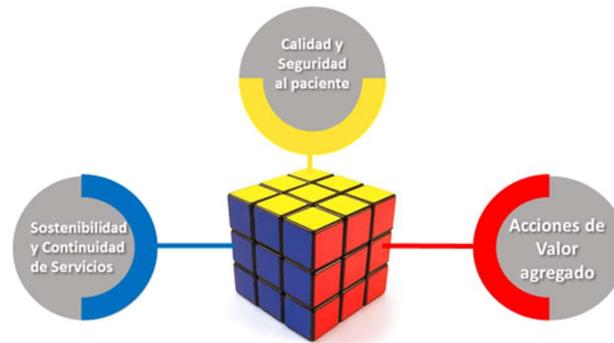


Mientras que si se toman en cuenta los adultos mayores se puede observar en el gráfico 2 como el gasto de bolsillo se duplica por quintil.



4)

PE: Enfocarnos en 3 perspectivas

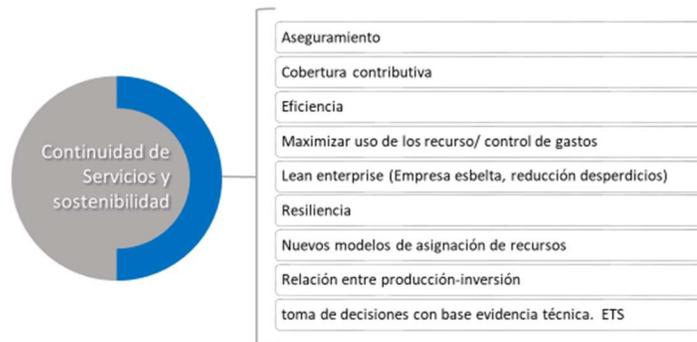


Ingresa al salón de sesiones el director Loría Chaves (diapositiva 5)

5)



6)



7)



8)



Arq. Gabriela Murillo:

Bueno. Muy buenos días. Voy a tratar de ser muy concreta con algunas ideas que, digamos, voy a lanzar y tal vez, inspirada un poco con la conversación que tuve con el Dr. Macaya y los miembros de Junta, en el sentido de que uno externara su opinión o sea se lanzara a opinar, a externar su opinión pues tal vez, voy a ser un poco atrevida en los comentarios que voy a hacer, pero bueno. Yo pienso que se trata de abrirse, tal vez, lo primero es que si bien el Plan Estratégico que plantea el área de Planificación, habla que la Caja está legitimada que es la

administradora por orden constitucional de los Seguros Sociales, lo que pasa es que yo siento que en esta legitimidad estamos perdiendo terreno, o sea, yo siento que tenemos una clase media que cada día está, yo diría decepcionada un poco de la Caja. Siente que la Caja no le está dando y está aportando mucho, que está teniendo un gasto en contribuciones y cuotas obrero-patronales igual a los patronos y resulta que el gasto en el bolsillo está disparado. Este es un cuadro de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (O.C.D.E.), son estadísticas esto es en el año 2013. Ahora, hay un informe más cercano pero vean que Costa Rica está, incluso, por encima de Austria en el gasto de bolsillo. Aquí esta Polonia, España, bueno, por aquí está México, Noruega con un 23% y el gasto de bolsillo, no incluyen las contribuciones al Seguro Social. También tenemos varios estudios, esto es un estudio de la Universidad de Costa Rica (UCR) de la Escuela de Economía donde habla del gasto catastrófico en salud de los adultos mayores en Costa Rica y empieza a hacer notar que resulta que estos son los hogares, esto es por quintil, por ingreso de las familias. El quintil uno, el de menor ingreso y quintil quinto, el de los mayores ingresos, esto es el quintil del gasto de corriente per cápita del hogar y resulta que cuando existe un adulto mayor, que esto es una realidad en más del 25% de los hogares, el gasto de bolsillo y lo que llaman el gasto catastrófico, ¿qué es el gasto catastrófico? Es cuando una familia tiene que destinar más del 40% de sus ingresos, para atender una necesidad de salud de alguno de sus miembros, ya sea con un aparato por una situación. Bueno, resulta que el gasto catastrófico en salud está incrementándose, incluso, vean que está impactando el quintil dos), verdad, no el quintil de mayores ingresos, sino el de menores ingresos. Bueno, a qué voy con todo esto, porque en el tema digamos de legitimidad y tal vez, yo pienso que la Caja lo voy a decir así, ha sido un poco autista en el sentido de que lo ha hecho muy bien y tenemos niveles indicadores de salud que la O.C.D.E. y estamos muy cerca, por ejemplo, a lo que es la expectativa de vida de los países de la OCDE. Sin embargo, digamos se los digo, a nivel del gasto en salud y lo que está enfrentando la clase media, sobre todo nuestros adultos mayores, cuando tienen que estar haciendo gasto de bolsillo y hay otros gráficos. Bueno, por ahí está el documento, yo se los puedo pasar donde por ejemplo, ya está empezando a verse no solo el gasto en medicamentos que es lo normal y en aparatos, sino gastos en hospitalización, ya nuestra gente está teniendo que acudir a gastos de bolsillo para pagar hospitalización privada. Entonces, yo siento que la Caja en algún lugar nos estamos quedando, en algún lugar nos estamos quedando cortos y no estamos haciendo la tarea y básicamente, yo pienso que el Plan Estratégico deberíamos enfocarlo en tres perspectivas; uno es el tema de calidad y seguridad al paciente y cuando hablo de esto, yo pienso que es cuestión de ver los medios de comunicación, es más cruzar la calle y preguntarle a los señores que están ahí en la parada de buses, señores ¿cuál es el problema de la Caja? Y ellos no le van a decir que la sostenibilidad, es más ni para la Sala Cuarta, la sostenibilidad es un problema, pero sí el tema de la calidad de los servicios, o sea, porque la gente está yendo a pagar a fuera y cuando hablamos de calidad estamos hablando de oportunidades, estamos hablando de tiempos de espera. Estamos teniendo una situación que estamos obligando, incluso, a gente del quintil dos) y quintil uno) a estar pagando servicios de salud privados y esto se los digo, en una conversación que yo tuve con la gente del Hospital Metropolitano, con la cual no tengo nada en términos personales, pero sí me decían es que nosotros vivimos de las listas de espera de la Caja y ya llevan tres hospitales y es más, ellos generaron un modelo de negocio de “low cost” de bajo costo y ellos dicen una consulta no debe de costar más de treinta y cinco mil colones, una cirugía digamos una cesárea, una tal y lo tarifaron a “low cost” para entrarle a la clase media y ahí es donde la Caja, los está perdiendo. Entonces, esa legitimidad que hoy tenemos que, constitucionalmente está muy bien protegida, pues yo veo un gran riesgo de que toda esa clase media y no la actual, la que viene en estos

milenios nos van a decir señores y por qué yo tengo que pagar la Caja y tengo que pagar mi seguro privado porque, “diay” pues dejemos de pagar la Caja y yo me dedico a pagar mi seguro privado, porque tengo que hacer un doble gasto y cuando eso ocurra, pues hay un gran riesgo de que haya cambios en la Constitución y por haber muchas cosas, pero sí hay un riesgo de que todo el tema de solidaridad se nos comprometa. El otro gran tema que es sostenibilidad y continuidad de servicios tiene que ver con, bueno, cómo hacemos con calidad, pero cómo hacemos para hacerlo con un menor costo y un menor gasto y lo otro, es que yo veía el tema de acciones de valor agregado que ahorita voy a explicarles. Calidad de seguridad al paciente, lo veo relacionado con oportunidad, con plazos de espera, lo veo relacionado con la precisión de los diagnósticos, aquí tiene que ver guías clínicas, protocolos, con medicina basada en evidencia, con tener la mejor práctica médica y esto pasa también por capacitaciones y recertificaciones. Cuánto son los porcentajes de diagnóstico fallidos, cuánto es el tema de mala praxis que tenemos, esos datos los tenemos que tener, calidez y buen trato, a veces, no es el tema del médico, ni la enfermera a veces es la secretaria que los recibe es la que está generando que no haya una buena percepción del servicio. Información al paciente, tenemos múltiples medios de contacto, pero esos medios tenemos todavía que mejorarlos, la calidad de información que está llegando al paciente y la que nos llega de ellos. Seguimiento al paciente internivel, el paciente se va para el hospital y deja de ser el paciente del EBAIS y se convierte en el paciente del hospital y cuando regresa, regresa como el cometa “Halley” después de un montón de años. Bueno, váyase usted para el primer nivel y resulta que es un desconocido cuando debiera ser más bien, el primer nivel el que administre ese paciente y qué sucede de ahí para arriba, prevención y promoción de la salud. Ya lo dijo el doctor, incorporación de nuevas tecnologías y estamos hablando de instalaciones modernas y funcionales, pero que es la calidad y seguridad al paciente, deberá ser un tema lo que llaman “pool”, o sea, que sea el paciente el que jala e indique que es lo que ocupa y no un sistema (...) el sistema es cuando nosotros le decimos que le podemos dar, miren esto es lo que yo le puedo dar y usted lo acepta o no y el “pool” qué es lo que usted requiere, qué es lo que usted necesita y entonces, esa es la que me jala los servicios. En el otro eje que es continuidad de servicios y sostenibilidad, estamos hablando de todo el tema de aseguramiento, de cobertura contributiva, de eficiencia, de maximizar el uso de los recursos versus el control de gastos, por ejemplo, les comentaba que el (...), se planteó hace cinco, años reducir en un 10% los gastos, pero sin desmejorar los servicios de salud. Bueno, plantearse ese tipo de metas, entrarle a lo que se llama empresas Lean Enterprise y eso es una metodología que ni siquiera es actual. Nació en Motorola en los años 80 que es cómo se adelgazan las empresas donde ceros desperdicios, desperdicios en que, en tiempos, en recursos, en procesos, en lo que es procesos que, digamos, con controles excesivos o falta de controles también y esto existe múltiple metodología. Es sigma, existe mucha metodología que, incluso, la Caja en realidad nunca ha aplicado. Yo pienso que hay una oportunidad de hacerlo, los cinco ejes también, resiliencia, qué significa esto, continuidad de servicios y sostenibilidad, la posibilidad de resistir a los empates de la naturaleza, a los empates de las crisis fiscales, cómo hacemos para hacer una Institución más resistente, digamos a los problemas y al entorno, nuevos modelos de asignación de recursos. Hemos hablado de Grupos Relacionados de Diagnóstico los (GDR's), estamos hablando de per cápita corregida por riesgo, pero seguimos teniendo un presupuesto histórico, graduación entre producción e inversión, esa evaluación no la tenemos como somos los (...) no los relacionamos con producción y tener una toma de decisiones, con base en evidencias técnicas. Sabemos de medicina basada en evidencia, bueno, estamos hablando de gestión basada en evidencia y ahí entra todo el tema de evaluación de tecnologías para aportar los elementos. El otro eje, que llamo acciones de valor agregado, que es bueno, vamos a dar, perdón, voy a devolverme, estamos

hablando de calidad y seguridad del paciente cómo hacemos esto sostenible, o sea, que lo que estamos dando para que ya pueda continuar en el tiempo, pero cómo lo damos con mayor calidad, con mayor cobertura, cómo ampliamos la gama de centros de excelencia de unidades de excelencia, que tenemos pero también se nos pide lo que llamo yo, acciones de valor agregado, ¿qué son las acciones de valor agregado? A esta computadora vamos a tener que hacerle algo, bueno, las acciones de valor agregado, es que tenemos que dar los servicios con sostenibilidad pero con equidad, con universalidad, con responsabilidad ¿de qué tipo? Ambiental, social, con transparencia con inclusión bajo los elementos de inclusión, tanto a nivel de toda la apertura, que tiene en estos momentos la sociedad con la parte, no solo de religión, sino también de género. Todo el tema de participación ciudadana, el tema de prestaciones sociales que es un tema que ha estado como invisibilizado y está dedicado a actividades que no generan impacto. El aporte, cómo la Caja hace su aporte a la calidad de vida de los costarricenses y el tema de solidaridad, entonces, básicamente lo que yo pues quería proponer, es que yo bajo esos tres ejes, reacomodar el Plan Estratégico. Primero, plantear esos objetivos estratégicos que sean medibles, esto es muy importante que sean medibles y ¿por qué yo no pongo la innovación como un eje dentro de las perspectivas? Porque la innovación no es un fin en sí mismo, o sea, yo no innovo porque qué bonito es algo nuevo, yo innovo porque quiero dar un servicio de mayor calidad. Cómo hago más sostenible la Institución, cómo logro dar mayor continuidad de servicios, cómo mejoro mis acciones de valor agregado, entonces, yo tengo aquí innovación donde uno puede entrar aquí incluso, en temas de transformación digital, pero primero sería plantear los objetivos estratégicos medibles. Una vez teniendo eso, tener la trazabilidad y las métricas sobre esos objetivos y que llamo yo trazabilidades, saber por dónde vamos y ver cuánto falta en todo momento. Tercero, incorporar elementos de innovación que es la visión fresca a la visión “autobots” o las cosas de cómo logramos que estos tres ejes logren generarse y generar resultados de una mejor forma y obviamente, el control de riesgo no puede faltar y qué es al final los riesgos. Los riesgos se definen sencillamente como todo aquello que me impide lograr esos objetivos estratégicos, eso es un riesgo obviamente hablamos desde el punto de vista estratégico. Entonces, yo lo que propongo es en este marco de organización de Plan Estratégico, me parece muy bien el trabajo de diagnóstico que han hecho pero, básicamente, digamos es la visión que he tenido, pues en forma muy concisa. Aquí es que, digamos, la idea es plantear objetivos estratégicos medibles, entonces, cada Gerencia pues tendrá que organizarse cómo contribuyen a los objetivos, que tengan que ver con calidad y seguridad al paciente, a los objetivos que tengan que ver con sostenibilidad y continuidad de servicios y a las acciones de valor agregado. Entonces, todo aquello que me impida a mí lograr estos objetivos, es lo que se considera un riesgo básicamente y viéndolo en términos sencillos y directos, entonces, la idea es digamos no verlo por Gerencias, sino como cada Gerencia contribuye a los objetivos, que se van a plantear en cada uno de estos autos. Entonces, con base en esos objetivos, pues se harán todo el resto de los planes y se ligarán los diferentes planes de implementación que tenemos básicamente eso es lo que.

Lic. Hernández Castañeda:

(...) que la administración haya cambiado la forma que anteriormente se evaluaba el Plan Estratégico Institucional, en esta ocasión me parece que es acertado que ellos nos estén planteando un modelo de gestión por resultados, donde lo que se utiliza es el enfoque de la cadena de valor. El cuál es el valor que brinda la Institución a la población, en realidad en el sector público, la función pública todo debe de generar valor, debe de haber un valor público en la acción y si no, no tienen razón de ser las acciones que estemos llevando a cabo o la misma

Institución, o sea, si no hay, si no se está agregando valor público a las acciones que nosotros estamos realizando. Anteriormente, en el enfoque que se utilizaba las líneas de acción estratégicas, eran definidas prácticamente por cada una de las Gerencias, en esta ocasión las líneas de acción estratégicas se le están dando en el P.E.I. y de ahí me parece que a la Junta Directiva. A Róger debe de quedarle claro de que la participación más importante de la Junta Directiva es en la definición de esas grandes líneas estratégicas de lo que queremos hasta el 2022 a nivel de Junta Directiva y cuáles son las propuestas de esas líneas estratégicas, que ustedes están realizando, para que los señores directores sobre eso definan si esas son las líneas estratégicas. Definidas las líneas estratégicas las Gerencias qué es lo que hacen, definir los productos, los productos que van agregar valor y una vez que definan los productos tienen que definir también cuáles son los procesos que intervienen en esos productos y los insumos, que se requieren, posiblemente, se elabora el Plan Táctico Operativo a nivel de las diferentes unidades de la Institución y luego, se va a traducir en los presupuestos institucionales, en cada uno de los diferentes años del 2019 al 2022. Ahora, ¿qué se busca con todo esto? Que haya una mayor coordinación, una mayor integración a nivel de cada una de las Gerencias, sin embargo, y me disculpan los señores gerentes y doctor, yo de las intervenciones que he escuchado, me parece que esto no se está alcanzando y que cada una de las Gerencias está planteando sus líneas de acción y no se ha comprendido y yo creo que no tienen culpa, porque en realidad Róger, esto debió haber sido sociabilizado oportunamente y la información que yo tengo -no sé si estoy equivocado- es de que las gerencias les comunicaron hace unos 15 días y me parece que a ellos, deben de tenerles claro todo el proceso como funciona y como se aplica. Ahora, cuáles son esas grandes líneas de acción estratégicas que debe definir la Junta Directiva para este periodo. Yo creo que debemos de tenerlas bien claras y si esas son, yo por ahí no voy a emitir criterio, solo me voy a referir al caso de la sostenibilidad del Seguro Social. Bueno, esa es la línea de acción estratégica sostenibilidad del Seguro Social o es la sostenibilidad financiera, es parte de los principales objetivos estratégicos que debiéramos de tener en estos cinco años, conociendo el problema financiero que tiene el Estado, que tiene la Institución conociendo el problema gigantesco de la deuda del Estado y los problemas que podría tener el Estado en las contribuciones en los próximos años y conociendo todas las amenazas que se presentan en el entorno. Jaime mencionaba una de ellas que es la robotización y que puede repercutir acá en el empleo, bueno, tenemos claro eso, es la sostenibilidad del seguro o es realmente la sostenibilidad financiera de la Institución y esto nos puede llevar y los señores directores, aquí lo han comentado en varias ocasiones en esta Junta Directiva, el modelo financiero que tiene la Institución debemos de cambiarlo, debemos de seguir, debemos reforzarlo, que debemos de hacer para prevenir problemas que se puedan presentar en el futuro de desequilibrio financiero, tanto en el seguro de salud como en el seguro de pensiones y que se haga oportunamente. Yo no voy a seguir refiriéndome a esto, ahí está la innovación el Dr. Cervantes, ha tocado un punto muy importante, ahora cuando habló de telemedicina y me agradó mucho el enfoque que le estaba dando, todo el tema tecnológico debe ser estratégico en la prestación de los servicios que tiene la Institución a futuro. Entonces, ahí vamos a definir los productos, vamos a definir los procesos que intervienen y vamos a definir los insumos que se requieren, para que esa línea de planeación estratégica se logre en estos próximos años, de manera que esto tenga un mayor sentido y no sea un esfuerzo que se pierda en un documento que va a quedar ahí archivado y que no se refleje, en acciones concretas que realmente nos lleve a dar valor agregado a la población de nuestro país y que nos lleve al logro de esos objetivos y que realmente, sea un esfuerzo coordinado, integrado a nivel de las Gerencias y que nos permita, si hay que darle un vuelco a la Institución pues

dárselo, o por lo menos encaminarlo u orientarlo a lo que nosotros estaríamos o ustedes viendo en esa visión a futuro de la Caja.

Doctor Macaya Hayes:

Muchas gracias, don Jorge. Tal vez, antes de continuar, no sé si primero le pedimos a los compañeros de las Gerencias Financiera y Administrativa que nos den un breve repaso de su perspectiva. Recordemos que hoy no está Ronald Lacayo acompañándonos, eso estaba previsto, pero le pedimos a los compañeros que nos den una presentación muy breve. Gracias.

Introduce el tema el Lic. Sergio Gómez Rodríguez, Director de la Dirección de Presupuesto y expone la licenciada Ivonne María Ruiz Barquero, Asesora de la Gerencia Financiera, funcionarios de la Gerencia Financiera, con base en las siguientes diapositivas:

PRESENTACIÓN GERENCIA FINANCIERA

1)

Visión
De la CCSS al 2030
-Perspectivas desde la Gerencia Financiera-

Más salud
Mejores servicios
Menores costos

Noviembre 2018

2)

Visión estratégica del futuro de la CCSS

Hoy

2025

2030

Indicadores de salud exitosos (EVAC 65 años, cobertura 95%)	Población con mejor calidad de vida (con equidad)
Personal altamente capacitado y disponibilidad de sistemas de información	Gestión efectiva y eficiente basada en el aprovechamiento de información (manejo de riesgo en salud, acercamiento al usuario)
Gasto en salud alto y concentrado en servicios de alta complejidad	Atención Primaria en Salud consolidada y con alta capacidad resolutoria
Barreras de acceso (lista de espera) e insatisfacción en diagnóstico y consultas	Trabajo en red con modelo centrado en usuario
Presiones crecientes sobre el financiamiento (ECNT, ingresos limitados)	Asignación de recursos equitativa y dirigida a resultados

3)



4)



Lic. Gómez Rodríguez:

Gracias don Román, buenos días. Buenos días, bueno, efectivamente, don Ronald no se encuentra el día de hoy, sin embargo, con él coordinamos algunas líneas de acción sobre la visión de la Institución hacia el año 2030. Me acompaña Ivonne Ruiz, ella es de la Gerencia Financiera, asesora de don Ronald y efectivamente, vamos a plantear algunas líneas de acción, para una mejora en la gestión institucional, pero con un enfoque integral, en eso coincidimos con algunos conceptos y algunas apreciaciones que los gerentes ya han expuesto aquí. Efectivamente, la necesidad de centrarse en el usuario, el fortalecimiento del primer nivel de atención y por supuesto y sin duda alguna el tema de una mejor utilización de los recursos financieros que va más allá de la asignación de las mejoras en la asignación de los recursos, sino también de una mayor eficiencia en el uso de los mismos y no estamos hablando solo de la eficiencia en la gestión financiera en sí “per se”, sino también en la gestión institucional a todo nivel. En ese sentido, tal vez sí mencionar de una vez, que bueno nosotros sí hemos estado, hemos tenido un acercamiento con la Dirección de Planificación, hemos coordinado ya algunas actividades para incorporar dentro del Plan Estratégico, dentro del Plan Táctico para que quede dentro de la gestión a realizar, por parte de las Gerencias de los lineamientos que quedaron aprobados por

Junta Directiva dentro del marco de la política de sostenibilidad. Ya hemos estado acercándonos, yo sin más le doy la palabra a Ivonne, para que ella se dirija sobre esas pequeñas filminas que planteamos sobre la visión de la Institución de cara al año 2030.

Licda. Ruiz Barquero:

Buenos días, muchísimas gracias. Como les decía don Sergio nosotros habíamos hecho un ejercicio un poco similar hace poco, con la política de sostenibilidad del seguro de salud donde se reunieron, pues en su momento las visiones de las diferentes gerencias, acerca del tema de la sostenibilidad. El P.E.I. tal como lo, bueno, viene centrado en el Seguro de Salud tal como lo está trabajando la Dirección de Planificación y como corresponde, es institucional incluye los dos seguros y su sostenibilidad se está visualizando dentro de uno de los ejes específicos. Nosotros sí lo vemos como un poquito un tema más transversal, o sea, no podemos lograr objetivo en salud si no somos sostenibles, lo vemos como si fuese una moneda y tuviese dos caras. Entonces, los servicios van de un lado, pero la sostenibilidad va del otro entonces este, vamos a, es algo muy pequeño es una opinión, ideas como decía doña Gabriela sobre el tema de cuál es la visión institucional al 2030. Tenemos la situación a hoy básicamente en forma muy muy resumida, tenemos como decíamos indicadores de salud exitosos a nivel mundial, tenemos una esperanza de vida sumamente alta, nos codeamos con países desarrollados y una cobertura en servicios de salud bastante elevada, tenemos personal altamente capacitado, muchas personas que conocen de los servicios de salud y pueden dar un servicio de altísima calidad y tenemos actualmente, gracias al EDUS y a otras herramientas muchas posibilidades de uso de servicios de información. Sin embargo, como bien lo mencionaba doña Gabriela, tenemos un gasto en salud sumamente alto, o sea, es un gasto de un país desarrollado, gastamos un 9%, más de un 9% del producto interno bruto (PIB) en salud y eso pues significa, significa pues si bien la salud ha sido importante ha sido prioridad en el país, no podemos seguir gastando al ritmo que hemos venido gastado actualmente. Tenemos que mejorar la eficiencia de ese gasto y cuando uno ya logra dividir el gasto y lo logra ver en qué estamos gastando, en qué estamos gastando tanto, pues estamos gastando mucho en servicios de alta complejidad entonces y está bien digamos por la estructura del modelo que tenemos, los hospitales son los que más consumen los recursos pero, entonces, ahí entra una interrogante, verdad. Entonces, en ese sentido, como está bien el gasto, está bien invertido, estamos teniendo una retribución de lo que estamos invirtiendo, ese es entonces una de las principales interrogantes en este momento. Tenemos barreras de acceso por todos conocidas, la lista de espera es una barrera de acceso a los servicios de salud y en satisfacción en los servicios de diagnósticos de consulta. Qué pasa, por ejemplo, y eso es muy común en cualquier conversación en la calle, usted se encuentra con una persona y le habla del Seguro de Salud y la persona le va a decir que el seguro es súper bueno, es súper efectivo cuando la persona tiene un problema de salud bastante serio, cuando requiere una hospitalización, cuando requiere una cirugía, pero cuando la persona requiere, por ejemplo, una consulta con un especialista, prefiere hacer el esfuerzo y pagar en privado, o un diagnóstico prefiere hacer el esfuerzo y pagar en el privado, porque está mucho más rápido. Entonces, esos son problemas evidentes que tenemos y son definitivamente barreras de acceso que no permiten a la población, disfrutar de los servicios de salud por los que realmente estamos pagando todos y tenemos hoy por hoy, presiones crecientes sobre el financiamiento, tenemos enfermedades crónicas no transmisibles y tenemos ingresos limitados, ingresos que pueden ser golpeados dependiendo de la época o del ciclo en el que estemos. Estamos ahorita en una situación delicada, tenemos presiones fiscales y sabemos que eso podrían afectar, eventualmente, los ingresos que el Estado traslada al Seguro de Salud.

Entonces, este esto nos lleva también a replantearnos que no ocupamos, somos bien un seguro de reparto, pero no necesariamente ahí hay que trabajar un poco con el modelo de reparto, o sea, no es que tenemos que gastar efectivamente todo lo que recibimos conforme se recibe, sino que podríamos crear algún tipo de modelo anticíclico, para poder prever este tipo de situaciones y también saber qué bueno ojalá que no, pero ante una eventual crisis los servicios más demandados pues serían entonces, los servicios de salud. ¿Cómo nos vemos al 2030? ¿Qué es lo que queremos llegar a ser? Queremos tener una población con mejor calidad de vida, pero con equidad, porque a veces vemos mucho los promedios, el promedio de esperanza de vida pero como está eso distribuido en las poblaciones, hay sectores a los que no estamos, tal vez hay sectores de la sociedad donde están ellos teniendo o sea forman parte del promedio, pero ellos están muy abajo. Tenemos que traer, entonces, a toda la gente que disfrute un mismo nivel de salud, tenemos este, queremos llegar a tener una gestión efectiva y eficiente basada en el aprovechamiento de la información. Hace poco vino un experto que fue el Director de los Servicios de Salud de Gran Bretaña del Sistema Nacional de Salud de Gran Bretaña y él exponía de los 10 países, el hizo un estudio de 10 países con mejores prácticas en salud y él exponía, por ejemplo, que en Israel tenían un sistema de salud buenísimo, sobre todo en atención primaria y ellos se basaban en lo que era la información. Entonces, ellos tenían en un mapa de la población y sabían cual población era más vulnerable a enfermarse de qué y hacia ahí, entonces, dirigían a las enfermeras, a los en nuestro caso homologándolo a los Asistentes Técnicos de Atención Primaria ATAP's, para que visitaran a esa población y previamente les daban la educación necesaria. Entonces, aquí el tema, ya no va siendo si tenemos o no información, gracias a Dios tenemos muchísima información y considero que el EDUS, va a ser un salto enorme, pero, entonces, cómo vamos a utilizar esa información. La gestión debería leer esa información y debería reaccionar a tiempo, debería de ser preventiva, no debería ser reactiva; se visualiza una atención primaria en salud consolidada y con alta capacidad resolutive. Entre más fuerte esté la atención primaria, pues menos personas van a tener que pasar los niveles de atención y un trabajo en red con modelo centrado en el usuario. Finalmente, visualizamos una asignación de recursos equitativa y dirigida al logro de resultados. Más o menos cuál es la ruta para poder lograr esa visión al 2030, nosotros pensamos que debe verse, como decía creo que fue el Dr. Cervantes, un cambio en la cultura organizacional y eso empieza con un cambio en la mentalidad, en la forma de pensar, la misión de la Caja dice que es la prestación de los servicios, que la Caja es una entidad prestadora de servicios. En realidad se considera que la misión que da la Constitución a la Caja es la administración de un seguro social y un seguro es el que protege contra un riesgo, entonces la Caja está para proteger la salud, si nos visualizamos únicamente como prestadores de servicios nos vamos a, o sea nos va a servir es que la gente acuda a recibir los servicios y estamos dando servicios más que todo curativos. Entonces, prácticamente, eso sería que nos sirve que la gente esté enferma para que venga a recibir los servicios de salud y esa no es la visión, lo que nos sirve es que la gente no se enferme, si nos colocáramos en una entidad, por ejemplo, en el Instituto Nacional de Seguros (INS). El INS su ganancia está en que la gente no haga uso de la póliza, que no tengan un accidente, esa sería nuestra misma visión como administradores de un seguro, ganaría la población y ganaríamos nosotros y la gente, si no tuviese que acudir a los servicios sobre todo de segundo y tercer nivel. Ese sería primero el primer cambio de mentalidad, después la aplicación de un modelo de prestación resolutive y en red, con énfasis en atención primaria y centrado en el usuario y como ya lo dije basado en la información, la aplicación de tecnologías y prácticas costo-efectivas y costo-eficientes y también, dejar de hacer aquellos procedimientos que han demostrado que no tienen éxito. Tenemos que actuar basados en evidencia, una asignación de recursos equitativa y por resultado que considere las necesidades de

la población, que considere la complejidad de los casos que se atienden, que eso lo estamos viendo con el modelo de asignación, también necesitamos que todos los recursos, recurso humano, las tecnologías, la infraestructura vayan acorde con ese modelo de prestación. Aquí necesitamos hablar un mismo idioma, definir bueno, qué es lo que se quiere hacer en cuanto al modelo de atención y que todo lo demás financiero, recurso humano y todos los demás, vayamos en función de ese mismo objetivo. Por ejemplo, decía el Dr. Cervantes lo que era la prevención y promoción de la salud, cómo hacer para tener la medición de las personas con diabetes, entonces esa es una meta que no debería ser planteada como solamente a la Gerencia Médica, debería ser una meta de todas las demás Gerencias aporte, por ejemplo, se vería ahí una Gerencia de Infraestructura aportando alguna "APP", alguna auxiliar para que cierta información que la persona en su casa se toma todos los días, pueda llegar hacia el EDUS. Entonces, de ahí obtenemos información sin ni siquiera tener que ir a visitar al paciente y el doctor ya podría tomar alguna decisión en cuanto a su evolución, entonces cómo hacer para que las metas no sean de una Gerencia, de otra Gerencia y de otra, sino que tengamos una meta común donde si bien en este caso la lidera la Médica, porque es un asunto de un paciente crónico, pero que la Gerencia de Infraestructura aporte su producto a esa meta. La Gerencia Financiera aporte su producto a esa meta, o sea, ese es como el gran reto que tenemos como Institución en este momento y finalmente, los últimos dos serían las acciones intersectoriales e interinstitucionales ¿por qué?, porque sabemos que la Caja por sí sola no puede resolver el asunto de los factores de riesgo, ocupamos de otras Instituciones que también se desempeñe, de Municipalidades, por ejemplo, la Dra. Daysi Corrales, tenía un proyecto de municipios saludables, ocupamos el Ministerio de Salud, lo ocupamos, o sea, ocupamos el Ministerio de Educación si queremos, realmente hacer una transformación debemos ver más allá de la propia Institución y generar un cambio en los estilos de vida de las personas. Finalmente, la comunicación efectiva, la transparencia, la rendición de cuentas y la participación ciudadana en el mejoramiento de los servicios de salud, nadie sabe mejor que el usuario donde está el problema. Entonces, es importante fortalecer el proceso de calidad con el que se maneja la Institución, desde la perspectiva financiera algunos aportes que se pueden hacer desde la Gerencia hacia ese enfoque sería la innovación para el aumento de la cobertura contributiva, que ya se está realizando, no tanto con modalidades específicas para grupos que son importantes, para grupos que tradicionalmente no han tenido cobertura, sino también con herramientas nuevas. El índice de evasión de los trabajadores independientes, eso lleva a que los esfuerzos se enfoquen a lugares específicos donde se requieren, la asignación prospectiva que lo que hace es incentivar la eficiencia y la equidad, la intervención activa en la administración de los recursos económicos, materiales, humanos y tecnológicos, esto si es muy importante es como tener foro, lo que nos decía la propia Auditoría Interna tener un Consejo, puede ser uno que ya existe; donde se tomen las decisiones y se vean los razonamientos técnicos relacionados con decisiones de inversión, por ejemplo, que pueda verse desde un análisis interdisciplinario, cosa que tal vez ahorita no se está realizando de esa manera y por último, el enfoque Institucional que era lo que mencionábamos, la vinculación de todas las Gerencias en el logro de varios resultados comunes, eso sería lo que nosotros estaríamos presentando. Muchísimas gracias.

Doctor Macaya Hayes:

Muchas gracias. Bueno, terminamos con la Administrativa. 10 minutos.

Finalmente, expone el licenciado Luis Bolaños Guzmán, Director de la Dirección de Bienestar Laboral, funcionario de la Gerencia Administrativa, con base en las siguientes diapositivas:

1)

SEGURO SOCIAL
EMPRESA PÚBLICA

Propuesta Plan Estratégico Institucional

Líneas de Acción

Gerencia Administrativa

2)

Tema: Automatización, desarrollo e integración de sistemas y modelos de gestión

Eje estratégico	Innovación y mejora continua de la prestación de los servicios
Objetivo	Incrementarla innovación, investigación y evaluación como agentes del cambio y mejora de la prestación de servicios
Líneas de acción estratégicas	<ul style="list-style-type: none"> • *RHUTA 80/20 - Gestión de Recursos Humanos Transformar la gestión de las personas, a través de la sistematización e implementación de un modelo de procesos y servicios actualizado, automatizado, eficiente e integrado, que permita la realización de acciones concretas y articuladas con las plataformas tecnológicas requeridas, para la mejora continua de los procesos realizados.

*Articulación con la estrategia B.3 lineamientos B.3.1/ B.3.2/ B.3.3/ B.3.4 Política de Sostenibilidad del Seguro de Salud 2018-2022

3)

Tema: Automatización, desarrollo e integración de sistemas y modelos de gestión

Eje estratégico	Innovación y mejora continua de la prestación de los servicios
Objetivo	Incrementarla innovación, investigación y evaluación como agentes del cambio y mejora de la prestación de servicios
Líneas de acción estratégicas	<ul style="list-style-type: none"> • *Gestión documental, Jurídica y de Transportes* Sistematizar la gestión documental, jurídica y de transportes según las políticas vigentes y requerimientos de la administración, con el fin de que se permita evaluar la calidad, eficiencia y eficacia de los procesos, y disponer además de insumos de información relevantes que retroalimenten la adecuada toma de decisiones, el control y la adopción continua de estrategias de reforzamiento y mejoramiento de la gestión.

*Articulación con la estrategia D.1 lineamientos D.1.5

Lic. Bolaños Guzmán:

Tal vez, mientras ponen la presentación, no tuve oportunidad de conocerlos a todos, ni de presentarme, mi nombre es Luis Bolaños, estoy a cargo de la Dirección de Bienestar Laboral, también tengo ahorita de recargo la Dirección de Servicios Institucionales y con un proyecto que por aquí, vamos a mencionar. Es importante aquí que, ustedes vieron y muy coincidente con lo que decía el Sr. Auditor y también lo que mencionaba el Dr. Cervantes, van a ver acá que hay mucho de lo que planteamos va en la línea de lo que estaban señalando ellos. Es una cuestión que debe ser articulada, que debe ser debidamente integrada y que debemos pensar como unidad a la hora de plantear las estrategias y esto es un resumen de algunas de las estrategias que estamos planteando. Habrá otras y hay una serie de estrategias adicionales que están alrededor, pero estas son digamos, de las principales están muy muy resumidas, voy a tratar de explicarlas brevemente, estamos en el eje estratégico de innovación y mejora continua en la prestación de servicios y el objetivo es incrementar la innovación, investigación y evaluación como agentes de cambio que mejoren la prestación de servicios, líneas de acción, bueno, gestión documental jurídica y de transportes muy resumido. La gestión documental en la Institución, normalmente generamos una gran cantidad de documentos normativos de toda índole, desde directrices, lineamientos, reglamentos, políticas etc., todo esto lo que está buscando es articularlo en un procedimiento, primero un proceso y luego, con tecnología que permita tener un estándar a nivel Institucional. Aquí tenemos cualquier cantidad de documentos que se generan día a día en la Institución y muchas veces, no tenemos digamos la claridad de lo que estamos generando qué tipo documental es, vinculado con un tema de Jurídica o la gestión jurídica de la Institución, aquí hablamos desde el momento que una persona tiene algún tipo de procedimiento administrativo, tiene algún tipo de sanción, pasa por diferentes órganos durante el proceso que lleva las personas. Todo esto hoy en día lo que tenemos que buscar es automatizarlo, sistematizarlo que podamos tenerlo de manera global integrada a nivel nacional y que por ejemplo, ustedes como Junta Directiva puedan tener ahí un dato que puedan pues, saber mapear el país en términos de la gestión jurídica en el tema de los juicios que la Jurídica está llevando a cabo y que sabemos que la mayoría los estamos ganando, datos importantes que por ahí tenemos que ustedes como Junta Directiva tienen que tener a mano y tienen que tener la posibilidad de rápidamente acceder a la información para la toma de decisiones aquí, porque las decisiones tienen que ser rápidas y expeditas. Por lo tanto, ustedes ocupan la información de la misma forma, hay una exigencia importante ahí. El tema de transportes la Institución tiene 1.760 vehículos y esto hoy en día, lo estamos hay un sistema que estamos desarrollando, esto lo estamos haciendo a nivel interno para llevar el control y la gestión general del país, en esta materia cuando hablo de vehículos tenemos desde ambulancias, microbuses, camiones, pick up, motocicletas, cuadraciclos, inclusive, lanchas, solo nos falta helicóptero, pero esos son muy caros. Pero, bueno ahí estamos ya trabajando, desarrollando en una aplicación informativa que nos permita llevar el control centralizado de todo esto para saber desde que el vehículo ingresa que se compró, hasta cuándo termina su vida útil, cuál fue el uso, si fueron eficientes en el uso, si dimos los mantenimientos adecuados, si pudimos sacar el mejor provecho a ese vehículo y que pasó con ese vehículo durante toda su historia de uso en la Institución. Y el otro componente importante, en esta línea de acción le denominamos ruta 8020, la gestión de Recursos Humanos, ya lo planteaba el Dr. Cervantes bastante claro, al nivel de sugerencia, efectivamente, nosotros estamos visualizando que esto es una necesidad importante en la Institución. Debemos fortalecer y promover una transformación en temas de recursos humanos, durante mucho tiempo hemos estado un poco, voy a decirlo así, no hemos avanzado al ritmo que hemos querido pero, ahora, queremos con tecnología, automatizar una serie de

procesos, hoy en día porque se llama 8.020, hoy en día 130 o un poquito más de 130 Unidades de Recursos Humanos a nivel nacional, hacen una gestión para pagar muy muy fuerte, horas extras, un trabajo sumamente muy importante trabajando jornadas ampliadas, inclusive, para poder salir con los pagos. Entonces, finalmente, la planilla sale, los pagos de los trabajadores de los más de 55 mil trabajadores salen, lo que sucede es que eso tiene un costo muy grande, un costo operativo, entonces, el 80% e inclusive, un poquito más del tiempo que las Unidades de Recursos Humanos están dedicando, dedican su gestión están básicamente en esa gestión de planilla, la gestión de pagos. Entonces, la gestión ordinaria, digámoslo así pero está quedando un poco la gestión del talento, porque no hay capacidad hoy en día, entonces tenemos que buscar la forma de automatizar de hacer más rápido el proceso, para poder liberar ese recurso y que ese recurso, se pueda dedicar ahora sí a hacer una gestión de talento, buscar cómo las personas den un buen trato, para que el servicio, finalmente, a nuestro usuario sea el que impacte de la manera que está esperándolo. Aquí tenemos tres componentes importantes que estamos ya desarrollando, tenemos tecnología por supuesto, que permita automatizar y sobre todo, que busque tener funcionarios así como lo buscamos hacia el asegurado externo, el asegurado, funcionarios que estén saludables, que puedan prestar un servicio adecuado, eficiente, de calidad y sobre todo funcionarios satisfechos, para que el trabajo que están mostrando y brindando día a día sea en esa misma línea. Entonces, para cumplirle con el tiempo doctor, muy rápido era un resumen muy general muy muy rápido de lo que estamos planteando nosotros en la Gerencia Administrativa, además de otra serie de elementos que por ahí tenemos, pero aquí está básicamente el resumen de lo que nos están pidiendo el día de hoy.

Doctor Macaya Hayes.

Muchas gracias. Bueno, abrimos ahora si la conversación con los directores tenía el uso de la palabra la Dra. Solís.

Directora Solís Umaña:

Bueno, demasiado grande esto; primero que todo completamente de acuerdo con don Jorge de que yo creo que los gerentes, deben pero que sean los gerentes, que se supone que son los que saben más, deben de juntarse para hacer todos los objetivos de la Institución y cada una va aportando a cada objetivo lo que le corresponde. Eso es definitivo porque si no este Plan Estratégico Institucional, va a ser un montón de pedazos por todo lado y así no se avanza. Bueno, lo otro es a ver que se me hizo la, hay algunos términos que en los que yo, personalmente, no estoy de acuerdo y creo que hay que arreglarlos, pues para no ser después burla de la gente que sí sabe, que sí conoce los términos, por ejemplo, en este documento que nos mandaron hay una página que dice “árbol de resultados seguro de salud”, está muy bonito y pone como impacto de todos las acciones que hay, aumentar la esperanza de vida saludable. En realidad la esperanza yo no sé si estoy equivocada pero es mí, lo que aprendí la esperanza de vida es un promedio, es un número, usted no le puede dar salud a un número, entonces, yo lo que les propongo es que ahí diga impacto, envejecimiento saludable que sí. Si usted tiene un envejecimiento saludable usted va a tener un aumento en la esperanza de vida, pero usted a la esperanza de vida no le puede dar salud, de acuerdo. Bueno, hay una cosa muy importante, la Institución está muy metida a lo que es la parte de curación y de diagnóstico y nosotros deberíamos ya en esta época, deberíamos de darle muchísima importancia a lo que es la promoción de la salud y la prevención, verdad, ¿por qué? Porque si yo intervengo en la familia que es el núcleo más pequeño en donde podemos

hacer promoción de la salud, la comunidad y después de ahí para arriba toda la red vamos a tener un envejecimiento saludable, o sea, eso quiere decir que vamos a atrasar, a retrasar la aparición de enfermedades crónicas, yo una vez ya me puse a hablar de esto, incluso una vez salió en el periódico, pero como que no, la gente estamos sordos en ese asunto, nosotros tenemos que empezar por él bebe en formación, o sea, tenemos que cuidar a la madre dándole estilos de vida saludable, para que ese niño o niña cuando nazca, sea recibido por un pediatra y por el pediatra, porqué por el pediatra, porque en ese momento del nacimiento tiene que hacerle un estilo de vida a ese niño que en 80 años va a ser un anciano. Entonces, eso lo dijo un japonés, pero tiene razón, tenemos que abordar a la mamá, cuidar esa mujer que tiene en el vientre un individuo y la Institución tiene que abogarse a llevarlo hacia adelante y tiene que darle salud mental, tiene que darle salud física y tiene que darle salud social, entendiendo como salud la máxima, la ausencia de cómo se llaman, de enfermedades, pero más que eso es la máxima. El máximo bienestar físico, mental y social eso es lo que es salud, por eso ahí también hay conceptos que hay que revisarlos, que dice que mejorar la salud, la salud no hay que mejorarla, lo que hay que mejorar es la perdida de la salud, bueno después no tenemos que olvidar las enfermedades infectocontagiosas, si bien es muy importante por el envejecimiento que existe abordar las enfermedades crónicas, no debemos olvidar las enfermedades infectocontagiosas, porque constantemente estamos teniendo migraciones y están viniendo migraciones que no tienen un sistema de salud como este, en donde ya han desaparecido, aquí muchas enfermedades, pero de nuevo las estamos volviendo a ver, incluso, en Europa con esa migraciones que están teniendo de África, ya de nuevo tienen sarampión y la gente se ha muerto de sarampión. Tampoco, podemos decir no, estamos muy bien qué va, hay que estar “ojo al Cristo” en enfermedades infectocontagiosas. En cuanto a lo que es la calidad de servicios, me parece muy bien eso que sea uno de los tantos objetivos del Planteamiento Estratégico, decía una de las muchachas que habló ahora que la gente dice que a nivel de hospitalización, bueno a nivel de hospitalización y cirugías la Institución atiende muy bien que el único problema es la consulta externa, a veces y todo lo que conlleva ahí, hay que trabajar mucho con las primeras personas que atienden a los pacientes, quién es el que primero recibe a los pacientes, ¿quién se les ocurre a ustedes? “aaah” las secretarias.

Directora Abarca Jiménez:

Los oficiales de seguridad.

Doctora Solís Umaña:

Los oficiales de seguridad, el guarda que están en la puerta, son tan necios a veces, imagínese que yo trabajé 35 años en el Hospital Geriátrico y todos los días que entro ahí para dónde va, porque son tan irrespetuosos, para dónde va, qué viene a hacer, y yo a veces ni les hago caso y sigo recto y me meto en la callecilla donde me parqueo. Bueno, pero es que ya empezando por ahí y las secretarias son las que manejan las agendas, el médico no sabe qué es lo que le tienen para el día siguiente de consulta o de lo que sea, por ahí tenemos que empezar a trabajar con todas esas personas. Otra cosa, es por favor intervengan los servicios de emergencias, esa es la puerta de entrada de cualquier Institución de salud, Emergencias, es una tristeza pasar uno 48 horas en una silla cuando uno se siente mal, una silla de ruedas ahí esperando a ver cuándo hay campo, cuándo lo van a ver, muchas veces personas con

fracturas que duelen etc., etc., etc. Yo creo que uno de los objetivos muy importantes es la intervención de servicios de emergencias, como un ente muy importante en todo lo que son los servicios de salud. Otra cosa importante que alguien creo que fue el Dr. Cervantes, que dijo de la consulta de ancianos, así como hay consulta para pediatría, en realidad es un solo ser humano que va pasando por una serie de etapas y el niño que tiene un especialista y ahora, bueno desde los años 50 los ancianos que tienen otro especialista que es, que son los geriatras, pero que aquí en Costa Rica empezó como en los años 79 por ahí. Yo creo que ya lo dije los Hospitales tienen a nivel de hospitales tienen cuatro especialidades en general, la medicina con todas sus especialidades: endocrinos, gastro, etc., cirugía, también con todas sus especialidades, está la pediatría, ya ahora hay pediatra para cirugía de, pediatra para endocrino, etc. y la ginecología que es específicamente para la mujer, incluso, hay un hospital para la mujer. Si estamos conscientes de que envejecimos, porque ya estamos, bueno en un paréntesis, la transición demográfica ya no existe, ya estamos envejecidos. Entonces, por favor no usemos el término de transición demográfica porque ya pasamos por ahí, ya estamos, ya pasamos, ya estamos envejecidos e incluso, yo creo que nos cogió, le cogió tarde al país para hacer políticas de envejecimiento, pero bueno nunca es tarde verdad, cuando la dicha es buena, veámoslo en positivo. En vista de que ya somos un país envejecido démosle esa oportunidad a los ancianos de ser la quinta especialidad en los hospitales y por qué estoy pidiendo esto, yo no sé si es la Institución o es el Ministerio de Salud, en el Reglamento de Hospitales y toda esa cosa que tiene que hacerlo pero bueno ya se está trabajando por allá, por el Ministerio de Salud, pero yo creo que es muy importante que la Institución en lo que va a hacer de bueno, es cierto que la reestructuración va a ser a nivel central, pero yo me imagino que después va a tener que hacerlo a nivel de la parte operativa, se le dé esa oportunidad a los ancianos de tener su eje de acción, por qué estoy diciendo esto, en este momento, la tienen como una subespecialidad, que yo sepa la pediatría no es una subespecialidad de la medicina, es una especialidad. Entonces, por qué la Geriatría no puede ser una especialidad, eso en primer lugar, en segundo lugar, los geriatras que están repartidos por la mayoría de los hospitales los tienen, están perteneciendo, algunos pertenecen a Medicina Interna otros pertenecen a Cirugía, otros pertenecen a Servicios de Urgencias, o sea, están desperdigados por todos lados y los tienen viendo gente de cualquier edad, incluso, en hospitales fuera del Área Metropolitana los tienen viendo adolescentes y la Institución, no invirtió tanto dinero para que un geriatra este viendo personas que no le corresponden, ellos están muy bien entrenados saben mucho y tienen una visión del ser humano muy amplia, muy diferente a como la tienen las demás especialidades. Y por último, bueno, eso definitivamente hay que fortalecer la red de atención de salud, “diay” yo casi el primer día que vine dije que los EBAIS eran sumamente importantes y que había que reestructurarlos, darles más, más capacidad de decisión y ahí es donde tiene que haber un Promotor de la Salud, para trabajar con lo que le corresponde, para lo que dije al puro principio. “Mmm” bueno, ahí si me acuerdo de algo después levanto la mano, muchas gracias.

Doctor Macaya Hayes:

Muchas gracias, doctora. Seguimos con el uso de la palabra primero doña Fabiola, después el Dr. Salas y después don José Luis.

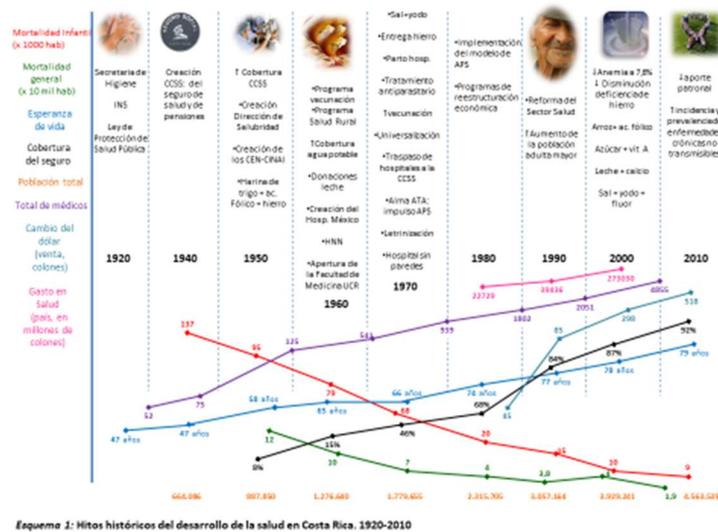
Directora Abarca Jiménez:

Bueno, que tenemos que armar, vamos a ver para empezar con la propuesta de la Dirección de Planificación Estratégica, ellos, ustedes plantean muy bien la metodología, detallan muy bien los grandes desafíos, extraño un poco un diagnóstico inicial, porque siento que lo que están planteando es muy a futuro, pero no partimos de nuestras debilidades y fortalezas, de cuál es ese diagnóstico, en qué le estamos fallando al usuario, bueno, la misión y visión eso no lo vamos a cuestionar, ahí viene ya está definido, vamos a trabajar con eso y con los valores que más o menos son los que doña Gabriela había planteado de responsabilidad, compromiso, respeto, cortesía, honestidad y ustedes exponen ahí los desafíos sobre los cuales plantean los ejes estratégicos. “Ok”, dentro de los desafíos con el único que tal vez en la redacción que no estuve muy de acuerdo es el balance negativo ingresos-gastos, porque nosotros a hoy tenemos gracias a Dios una Institución sólida, con más ingresos que gastos, pero yo entiendo que fue lo que ustedes quisieron decir, es más bien, tiene que ver con la sostenibilidad, que esa relación ingresos-gastos sea perdurable en el largo plazo, entonces tal vez es una cuestión de redacción, entonces ustedes plantean ahí cuatro ejes estratégicos, sobre los cuales vamos a montar los objetivos, el primer eje es servicios oportunos y de calidad, que más o menos concuerda con lo que plantea doña Gabriela, que dice uno, calidad en servicios, verdad, calidad en servicios de salud y de pensiones en los dos, después el otro eje estratégico sería promoción de la salud y prevención de la enfermedad, estamos de acuerdo, porque yo siento que los servicios oportunos y de calidad son lo que tenemos que hacer hoy, son objetivos de la problemática que tenemos hoy y el siguiente eje estratégico sería promoción de la salud y prevención de la enfermedad, que es más a futuro verdad, vamos a ver los resultados a futuro que más o menos plantea por ahí doña Gabriela también y la sostenibilidad financiera que los dos lo plantearon y luego, innovación y mejora continua que ahí con lo que decía doña Gabriela, pues sí es importante considerar que tal vez no es un eje estratégico y no que podría estar en todos, podríamos replantearlo, a mí me había gustado inicialmente cuando leí el documento, pero ahora oyendo a doña Gabriela me parece una posición interesante, ahora nosotros como Junta lo que necesitamos definir son esos objetivos en cada uno de los ejes estratégicos, yo estoy de acuerdo con los ejes estratégicos, pero los objetivos los sentí muy etéreos. Yo quiero, a mí me gustaría tener objetivos más cuantificables, medibles, inclusive plantearse en un lapso de tiempo a dos años, tres años y hasta cinco años, hay cosas que yo extraño, por ejemplo, hay estándares que son internacionales, como la cantidad de camas por cada mil habitantes, yo no sé en cuánto estamos nosotros, porque todos esos estándares son para reducir listas de espera y tener mejores servicios de emergencia, por ejemplo en Alemania hay 8 camas por cada mil habitantes, en Francia 6.9, el promedio de la OCDE es 4.9%, en Costa Rica aquí en el 2014 estábamos en 1.2%. Yo no sé ahorita en cuánto estamos, pero estamos lejos del promedio de América Latina que es 2 y mucho más del promedio de la OCDE, médicos por cada mil, también hay indicadores de eso, pero digamos en la OCDE es de 3.2%; yo no sé cuánto será en Costa Rica, el gasto en salud en porcentaje del PIB, creo que lo habíamos visto aquí en una sesión, no recuerdo cuánto era, pero en la OCDE es de 9.3% como porcentaje del PIB, sería interesante saber cuánto estamos gastando nosotros, para ver cuánto estamos gastando en relación con los resultados que estamos obteniendo, por ejemplo, en listas de espera el promedio de la OCDE en listas de espera es de 121 días, nosotros en el 2014, no sé ahorita en cuánto está, estaba en 200 días. Entonces, eso nos pone grandes objetivos a los que deberíamos llegar como planteamientos, me gustaría como ser ambiciosa y decir bueno, es que necesitamos llegar por lo menos a dos camas por cada mil habitantes en el año, no sé

2025, porque eso nos va ayudar a reducir las listas de espera y tener mejores servicios en emergencias, entonces bueno, volviendo al punto de los ejes estratégicos y de los objetivos en el eje estratégico de servicios oportunos y de calidad a mí me gustaría plantear como objetivo y que es un objetivo muy cuantificable es llevar las listas de espera a x número, no sé cuál será el número, ustedes lo podrán trabajar en diferentes años digamos en el año, porque esto es un plan estratégico a cinco años, entonces en el primer año reducirlo a tanto, el tercer año a tanto y etc., etc., y de ahí de ese objetivo que es el que la Junta Directiva controlaría, vienen todos los cómo aportaría cada una de las Gerencias con sus planes a apoyar ese objetivo. Entonces, no sé si trabajar, una solución podría ser cirugías vespertinas, sería necesario una proyección de especialistas para ver si necesitamos más especialistas y necesitamos capacitar más anestesiólogos, etc. De ahí van a salir un montón de necesidades o de planes de acción que van a apoyar ese objetivo de las listas de espera, el otro como lo planteaba por ahí la doctora y el Dr. Cervantes, me gustaría que fuera una disminución no sé cuál será el indicador, una mejora en, pero, que sea cuantificable en los servicios de emergencia, porque uno va a los servicios de emergencia de todos los hospitales y realmente es angustiante la mayor parte de los que están ahí a veces pasan más de uno o dos días sentados en una silla o una silla de ruedas, muchos de ellos adultos mayores, es angustiante. Eso por el lado de ese eje estratégico de la promoción de la salud y prevención de la enfermedad, sí siento yo que debería ser muy enfocado, al manejo del paciente crónico y los modelos de prestación de salud. Yo creo que hay un montón de proyectos que nosotros tenemos, que van a ayudar a cumplir cada uno de los objetivos, en sostenibilidad, por ejemplo, cosas que nos van a ayudar a dar sostenibilidad, por ejemplo, a hoy un 50% de las cuentas por cobrar de la Institución del Seguro de Salud, son con el Estado, nosotros necesitamos fortalecer esa relación con el Ministerio de Hacienda, para hacer un plan y ver cómo en el largo plazo vamos solventando esa situación. El sistema de control de inventarios eso es muy importante para la sostenibilidad, necesitamos hacer una administración eficiente de nuestro flujo de caja. El ERP, la implementación del ERP debería ser en este eje de sostenibilidad. Otro de los objetivos cuándo vamos a tener listo el ERP, también indicadores financieros, trabajar aquí en Junta Directiva con una lista de indicadores financieros a los cuales les damos seguimiento con cierta periodicidad y poder monitorear el cumplimiento de la ejecutoria. Habíamos hablado también de tener indicadores de gestión hospitalaria, que es muy importante para la sostenibilidad financiera, porque ahí nos podríamos plantear ciertos indicadores objetivo por como ya lo habíamos visto aquí, la rotación de las camas, los días cama, es un indicador importantísimo a la cual hay que darle seguimiento, porque eso en el largo plazo es el que más nos va ayudar a darle sostenibilidad financiera al seguro y hay otra serie de cosas en pensiones, la diversificación de las inversiones es importantísimo, para el tema de sostenibilidad. Eso debería ser un objetivo en el largo plazo verdad, eso es algo que se va construyendo poco a poco, pero si debería de ser un objetivo, entonces yo lo que quisiera plantear es que nosotros como Junta y en conjunto con las gerencias, es plantearnos esos objetivos que sean muy cuantificables, que no sean muchos en cada uno de los ejes que ya plantearon acá los compañeros de la Dirección de, como se llama de Planificación, plantear esos objetivos y que cada una de las gerencias después plantee sus subobjetivos o planes tácticos que ayuden a cumplir ese objetivo.

El Director Salas expone una diapositiva, según detalle:

1)



Director Salas Chaves:

(...) hice esta filmina para otra actividad, llega hasta el 2010, pero yo la vengo completando para tener con una visión hasta el 2018. En primer lugar quisiera decir que apoyo radicalmente a la propuesta de Fabiola, me parece que ese orden es el que nos va a ayudar a reestructurar un plan institucional estratégico entre todos, para sacar adelante esta Institución y esta propuesta cuando uno ve esto, realmente, es de sentirse muy orgulloso, o sea, en ningún momento aun con todas las dificultades que tenemos puede uno dudar un segundo de la trascendencia de esta Institución. Este gráfico lo que muestra son hitos, cada 20 años un hito, desde la fundación del Ministerio de Salud como subsecretaria en tiempos despuesito de los Tinoco y todavía con olor a pólvora, se inicia ahí un proceso que ustedes ven ya en el 40 con la creación del Seguro Social, la mortalidad está roja, es de mortalidad infantil y ustedes ven que de 137.000 nacidos vivos pasamos a 7.8%, o sea, eso no es cualquier cosa, eso es mucho, muy importante. El Dr. Edgar Moss cogió pedazo a pedazo de esto, pedazo a pedazo y lo fue analizando uno a uno, para llegar a la conclusión de que la caída de la curva nuestra mortalidad infantil, era superior a todos los países latinoamericanos y rápidos logros con medidas, que ahí voy con el otro tema, que eran de bajo costo, que eran medidas basadas en educación a la población, que eran medidas básicas y fundamentales, pero no solo exclusivamente de la Caja, porque ahí va el tercer mensaje. El problema y lo dijiste muy bien Ivonne, no es solo un tema de la Caja, es un tema de la sociedad costarricense con un todo que tiene un liderazgo en la Caja, que tiene un liderazgo en el Ministerio de Salud ciertamente, pero que va a requerir de ponernos a pensar más intensamente. A quién se le podría ocurrir un Seguro Social en 1941, eso es un absoluto, es una quijotada absoluta cuando lo único y más importante que teníamos como obreros eran los zapateros, eso era todo lo que había. Entonces, en realidad esto es un homenaje a toda esa generación de costarricenses que dieron todos por tener una Institución de esta categoría, pero la gente agudizó y empezó a ver qué cosas podían hacerse de bajo costo con gran impacto y vean ustedes, que nunca dejó de bajar hay periodos en los que baja aún más en cada uno de estos sitios y que son los sitios, por ejemplo, el aumento de la cobertura del Seguro Social y todo el plan de los 60 hasta los

70 y ustedes ven y entonces, pasa a 95%. Es un salto muy importante, pero no solo porque eso ocurrió, sino porque ocurrieron muchas otras cosas simultáneamente. Ustedes ven aquí los programas de vacunación, los aumentos de cobertura con agua potable, donaciones de leche, la creación del Hospital México sin duda alguna trascendental, la cosa más importante, porque nos elevó totalmente a la complejidad y a la capacidad de resolver grandes problemas y no solo los problemas de antes, verdad, de diarreas y vómitos y deshidratación. La creación del Hospital Nacional del Niño y la apertura de la Escuela de Medicina sin duda alguna la Universidad de Costa Rica en los 60, ustedes ven que abajo caemos a 79, pero vean la población aquí millón doscientos, es que se nos vinieron todas, ahora estamos en cinco millones, entonces hay que hacer algo más, pensar más y sentarnos a hacer este tipo de reflexión que me parece que don Jorge lo decía muy bien, es una oportunidad para pensar seriamente sobre el futuro, pero hay que agudizar el asunto y ver qué es lo que estamos haciendo en otras partes, vean ustedes yodar la sal, más sencillo no puede ser. Ácido fólico a las madres para evitar la espina rígida, cuánto vale una tableta de ácido fólico como 12 pesos, el tratamiento antiparasitario, institucionalizar el parto, cosas y viene la (...) de los 70's y, entonces, claro ahí tenemos un importante hito que bajamos más que 68% en la mortalidad infantil, pero vea la mortalidad general igualmente, porque hay una cosa que la verde es mortalidad en general. Vean ustedes como ahora probablemente ahora empiece a subir nuevamente, el tránsito de motocicletas está por la libre, es un desastre y más desastre que ese es la cantidad de personas inválidas que quedan dependiendo de las familias de medio mundo y empobreciendo, como planteaba aquí la compañera, con un gasto catastrófico, pero terrible que nos está ocurriendo. Pero vean ustedes que, en los 80 programas de reestructuración con implementación en el modelo de atención APS, en los 90 la reforma, en el 94, 98 todo ese periodo de la reforma la creación de EBAIS y todo lo demás. Pero, ahí hay una cosa interesantísima que valorar, ya se empieza a ver el envejecimiento de la población como un elemento ya importantísimo y clave que iba a caracterizar el resto de los periodos, sin duda alguna. Ahora, en este momento, en el momento que se plantea la reforma se plantea porque aquí llegaron los patronos a decir o arreglan esto o nos salimos. Ya lo planteaba ahora Gabriela al decir no, no estamos pagando dos veces, las empresas dijeron estamos pagando dos veces, tenemos un fondo para que vaya corriendo al privado y un fondo para que vaya al -verdad- y empieza aparecer un elemento esencial que no veíamos, que es el factor tiempo, la gente no tiene tiempo de esperarse tres horas, cuatro horas, cinco horas perder toda la mañana, perder toda la tarde, no solo el enfermo esperar 48 horas en un servicio de urgencias, que sin duda alguna es una dificultad muy grande. Pero es que de aquí para allá la gente no tiene fin, la gente quiere producir y la gente quiere resolver rápidamente las cosas de salud, integrarse rápidamente al trabajo, no hay más tiempo, pero eso no impacta la Institución, "diay" va a tener que esperar, qué le queda, no tiene alternativa, no hay alternativa y entonces, me parece que es una cosa importante, pero siguen pasando cosas, por el año 2000 vean ustedes como el seguir haciendo cosas sencillas y básicas fundamentales, siguen generando una disminución de la mortalidad infantil, la mortalidad infantil es un indicador trascendental, siempre ha sido, pero ya no es el único se nos queda muy grande, hay que preocuparse seriamente ahora de buscar nuevos indicadores, que nos permitan ver el éxito o no éxito de los programas de salud, porque la mortalidad infantil ustedes ven que sigue disminuyendo, pero sigue disminuyendo porque hay otro montón de factores como es la educación, sin duda alguna, la educación a todo nivel aunque los maestros no la quieran ver. Los maestros, los niños educados se defienden mejor ante la vida y por supuesto, que lo hemos visto a lo largo de toda la historia, no es nada nuevo, pero la Caja es mucho más que mortalidad infantil y mortalidad general, es muchísimo más la Caja es el empleador más grande de todos los profesionales y técnicos del sector salud de este país. Véanlo aquí esta morada, donde un Miranda

cuenta que había aquí una asociación para enterrar a médicos, porque no tenían éxito y morían y no tenían quien los enterrara y el Colegio de Médicos, tenía un fondo para que enterraran al médico que no tenían éxito, los de éxito no tenían ningún problema eran cuatro o cinco, pero los que no tenían éxito caían en la pobreza, verdad, bueno, eso no es el problema de hoy. El fin de semana fuimos a San Carlos para encontrarnos con los “top ten” dijo el Director de Los Chiles, diecisiete millones de colones por mes de salario de guardia y disponibilidad, todo el mes y por supuesto antigüedad y, entonces, nos contaban de los “top ten” ahí se dice, ahí todo el mundo habla de “top ten” y lo entiende de lo más fácil. Bueno, pero aquí está la evidencia, que más es la Caja, pero vean ustedes la expectativa de vida, eso está llegando a 80 años como los países desarrollados, pero sin los recursos del país desarrollado. Entonces, don Cristian, él ha venido hace días conversando alrededor de temas, de qué cosas hacer para incorporar al resto de los sectores de la población, que no están participando en el proceso productivo, que tienen necesidades de servicios de salud, que no contribuyen al sistema, que se vuelven una carga y qué cosas deberíamos de hacer para poder lograr eso, ahora le toca eso a la Caja “diay”, seguro que no pero entre todos sí, como se pensó en ese tiempo que era entre todos, o sea el Ministerio una parte, el INS el otro, el Ministerio de Educación otra parte, cómo se hace para seguir resolviendo y seguir teniendo éxito de esta categoría, pero sin los recursos de Chile con el pobre o de Argentina con todos los cereales y granos de este mundo, verdad, que no quieren ser ricos porque no quieren y nunca han querido, les aburre eso de ser desarrollados, el país más rico de la tierra en todas las épocas y no han podido ponerse de acuerdo entre ellos mismos, bueno, aquí no tenemos minas de oro y las que tenemos solo tragedias nos han generado, pero tenemos lo más importante de todo que es el ser humano, nuestro capital es el humano, nuestro capital es intelectual, por eso es transcendental que todas estas generaciones de costarricenses a lo largo de la vida, de 77 años porque estamos hablando de la Institución ya madura, que en 77 años ha logrado mantener una sociedad inteligente con capacidad de aprender, que pueda con éxito ir a luchar al mundo actual donde todo cambió. Aquí ya todo cambió, resulta que estamos totalmente en una Costa Rica totalmente nueva y las herramientas de lucha y de poder tener éxito, también, cambiaron. Entonces, necesitamos seguir teniendo a esa gente muy preparada, muy bien nutrida con capacidad de aprender, que hablen cuatro idiomas, todo eso es lo que hay que hacer y lo venimos haciendo, el asunto es cómo seguir avanzando, por eso me apego totalmente para no repetir de los argumentos de Fabiola que me parecen que es por ahí el asunto, pero no nos olvidemos de esto. Yo voy a presentar esto en el Congreso de Abogados que, gentilmente, me han invitado a hablar sobre modelos de atención, para mostrar los cambios que se han dado en el tiempo, pero que ahora necesitamos volver a pensar como pensaron estos en esa época, qué es lo que podemos hacer en un país pequeño con gente educada, era lo que quería mostrar.

Doctor Macaya Hayes:

Muchas gracias doctor, me encanta esa filmina, sigue don José Luis y después don Christian.

Director Loría Chaves:

Sí, muy brevemente, tal vez, no voy a repetir lo que plantearon los compañeros que me antecedieron y justamente muchas de las cosas que planteó Fabiola, yo las tenía como dudas y coincido totalmente con el planteamiento. En primer lugar, me parece que hay que cambiar la redacción de este tema de la sostenibilidad, porque la Caja en este momento tiene una situación sólida, y que a futuro puede cambiar, pero que es parte de lo que estamos discutiendo hoy en día.

El otro tema es que me parece que a propósito del Plan Estratégico, es muy importante no hacer complejas cosas que deberían ser más fáciles, es decir, hay un tema que tiene que ver con los ejes, que estamos claros más o menos todos de que esos son, digamos ahí están, y hay otros temas que tienen que ver con cómo hacemos las cosas y ya cómo las hacemos. Yo ahí tengo y quisiera hacer énfasis en esto, tengo una gran duda sobre cómo percibimos el tema de la visión del quehacer de la Caja, porque muchas veces hablamos de que tenemos gerencias que están articuladas, que ocupamos una Gerencia General, podemos ocupar muchas cosas, pero si no tenemos claro que es lo que queremos a veces, cualquier cosa que pongamos le podemos dar respuestas administrativas a problemas políticos, verdad, entonces tampoco los resolvemos. Yo creo que en esto lo esencial, para mí es entender que el motor del nivel central es la Gerencia Médica, si entendemos que la Gerencia Médica es el motor y que a esa Gerencia es a la que debemos posicionar como la directora de la orquesta, entenderíamos que las demás Gerencias son subalternas, son tributarias de la Gerencia Médica, son Gerencias de apoyo a la Gerencia Médica pero si no entendemos eso como visión, tenemos que es posible que las gerencias se crean un fin en sí mismo, o sea, gerencias como tales. Entonces, yo estoy y no es que lo hacen mal, lo que quiero decir es el tema de la visión. Entonces, yo soy una gerencia que tengo que demostrar que soy lo máximo en pensiones o lo máximo en lo otro y olvidamos que realmente aparte de pensiones que es una gerencia muy particular, el resto de las gerencias que están en la Caja son gerencias de apoyo a la Gerencia Médica, si entendemos y partimos de ahí ya yo creo que avanzamos mucho, avanzamos mucho. Ahí el Dr. Cervantes va a tener un gran trabajo y además un gran liderazgo, porque a mí me parece que el asunto de las demás gerencias es repito, es en soporte a la Gerencia Médica, que es la que es el motor de echar a andar todos los servicios médicos y la prestación de servicios médicos de la Institución, eso es lo primero como tema estratégico yo diría. Lo segundo, yo coincido en que el pensamiento que hay que generar es cómo cambiamos los paradigmas, cómo hacemos las cosas diferentes a lo que hemos hecho hasta ahora, porque la historia va cambiando y los tiempos han cambiado y el país nos lo cambiaron en los últimos 10 años, el mundo entero. Yo le decía a alguna gente, a propósito de un debate en la Universidad de Costa Rica, que antes la cultura la formaba el Ministerio de Educación Pública, el Ministerio de Cultura, las familias, ahora mucho de la cultura la forman las redes sociales, mucho de la cultura la forma el internet y esos cambios tan trascendentales que se están dando también nos impactan a nosotros entonces yo creo que deberíamos hacer un enorme esfuerzo de pensar cómo volcar la nave que se ha dirigido con el tema de la prestación de servicios médicos y de la curación, decía muy bien, creo que fue Gabriela o la compañera de la Gerencia Administrativa que nosotros somos como receptores de pacientes, nos convertimos en receptores de pacientes, o sea, en gente que está recibiendo pacientes como un fin y en realidad, tenemos que ver si volcamos, Álvaro, esa visión, y hacer una visión de decir bueno, cómo le hacemos distinto y entonces uno se pregunta y aquí está el tema que ya la Caja está haciendo muchas cosas para volcar esa situación, pero ocupamos potenciarlas y multiplicarlas. Doy ejemplos concretos, los hospitales de día son formidables, son extraordinarios y podrían ser potenciados al máximo para que los encamados no se den en los hospitales, a la par de hospitales de día todos los programas de atención de la salud en clínicas de cardiología, que van los pacientes y participan y va la familia del paciente con los pacientes, para ver cómo hay que atenderlos, todos esos programas que hay en la Caja deberían de multiplicarse, porque son programas que son mucho más baratos. Entonces hay de cardiología, hay de gente con diabetes, hay de gente, de muchos tipos de programas, que hay que multiplicar y potenciar y yo creo que esa es una buena estrategia porque lo estamos haciendo, pero hay que hacerlo con mucha más fuerza. El otro tema es el tema que tiene que ver con los Asistentes Técnicos de Atención Integral (ATAP's), que son gente digamos

estratégica, que son la, digamos, la primera cara que pone la Institución o entrada de información de la Institución y las fichas técnicas, que son extraordinarias para la información de mapear toda la población, pero hemos hablado mucho que los ATAP's, tienen un esquema de hace 20 años donde van a las casas y no hay nadie, la gente trabaja, en la casa de mi compañera pasaron 20 años y nunca la conocieron, entonces entrevistaron a la empleada y la empleada era la que les daba los datos, porque los ATAP's llegan y tenemos una condición urbana, donde los edificios son condominios cerrados, les cuesta mucho entrar, le echan el perro, van a las 7 de la mañana y ya la familia se fue a trabajar y eso ya no funciona, o sea, sino entendemos eso en el proceso de salud, el ATAP tienen que estar en función de los nuevos tiempos y yo me imagino que habrá que pedir citas por internet a las familias y habrá que ir los sábados y habrá que ir los domingos, hay que cambiar eso, porque si no, no impactamos verdad, y a la par de eso que ya se empezó, pero que me parece que uno podría pensar ocupamos más médicos, necesitamos más promotores de salud, entonces yo creo que la Caja tiene que invertir intensamente en promotores de salud no en los ATAP's. No estoy hablando de ATAP's, ATAP's es un tema promotores de salud, que organicen comunidades entorno a sus problemas de salud y sería mucho más barato mantener una gran cantidad de promotores de salud, que estén en las comunidades organizando a la gente en todos los problemas de salud, que más hospitales o que más clínicas, que también hacen falta por supuesto, no estoy diciendo que no, pero necesitamos darle la vuelta a la cosa, entonces digo yo creo que invertir en promotores de salud. Claro tiene que ser un plan diseñado, para decir bueno, vamos a ingresar a la comunidad entorno a su salud, etc. etc., para impactar directamente en lo que queremos impactar. No voy a extenderme más, porque tengo otras cosas sobre eso, pero me parece que también hemos dicho que la Caja cree que tiene que resolver todo y Álvaro lo decía también ahí, cuando en realidad las fuentes de recursos son infinitas, si hay coordinación interinstitucional que ahí se plantea, pero además de la coordinación interinstitucional digamos, hay muchas acciones que se puedan desarrollar con otros actores, que pueden ayudarnos mucho a la promoción. Yo no me voy a distraer mucho, porque vine tarde, pero decir también que en la sostenibilidad en el eje este me preocupa y yo extraño mucho, para seguir las palabras de Fabiola que no siente uno un soporte de un análisis socioeconómico, esto está basado en el contexto socioeconómico del país con un análisis mucho más profundo, para sustentar algunas tesis, verdad, porque cuando hablamos de sostenibilidad y cobertura, el tema es que aquí los trabajadores independientes son los mayores morosos de la Caja a la par del Estado y son los mayores morosos y todos lo sabemos, porque están obligados a estar asegurados, pero hay muchos tipos de trabajadores independientes. Hay trabajadores que son profesionales, técnicos que tienen un buen trabajo que se la juegan bien, digámoslo así, abogados, etc. pero hay trabajadores independientes, que perdonen el populismo que voy a usar verdad, que la "pellejean" literalmente, no es lo mismo la "pellejean" todos los días y todos los días sobreviven y pagan el seguro para ir a atenderse, porque tienen una enfermedad, pero después no pueden pagarlo o dejan de pagarlo, pero la Caja les acumula la deuda y cuando llegan a atenderse le dicen usted debe una factura de un millón de pesos, porque está atrasado y tampoco podés pagarla, entonces entramos en un juego, don Jorge, con este tema que nos autoengañamos ya la Contraloría General de la República ya hace unos cinco o seis años, mandó a pedir que mandaran a cuentas de orden parte de esa deuda gigantesca de los trabajadores independientes, porque es incobrable, entonces yo lo que creo es que ese análisis socioeconómico de quién es la gente que tenemos asegurada, porque no pagan los trabajadores independientes, porque es una guerra de guerrillas lo que hacen verdad, y también sufren ellos, porque muchas veces llegan a atenderse y no pueden y dicen debe una factura de la vez pasada de un millón de pesos y no tienen plata, ese análisis tiene que estar en la sostenibilidad también financiera, porque si no nosotros estamos desconociendo una

realidad socioeconómica, que tiene la gente que estamos pensando están obligados a cotizar y van a cotizar y no es cierto y eso tenemos que tomarlo en cuenta para saber con qué contamos y con qué no contamos, y cómo podemos contar con esos recursos o no podemos contar con esos recursos, pero son realidades, yo no me voy a extender más, pero bueno, luego voy a participar en otros elementos, me gustó mucho la participación de Fabiola y la de don Álvaro que se complementan muy bien y que yo coincido plenamente con ellos.

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

Director Steinvorth Steffen:

Sí buenos días, yo realmente quisiera hacer algunos comentarios, porque conozco muy poco de la Caja como para poder dar un comentario más profundo, me parece que en términos generales hay, o sea, nadie se cuestiona que la Caja del Seguro Social ha tenido un papel importantísimo en la salud de este país, nadie se cuestiona ni siquiera la existencia de la Caja del Seguro Social, pero doña Gabriela lo dijo muy claramente que la opinión de la gente en la calle es muy negativa, o sea, realmente no sé si muchos vivimos en una burbuja y pensamos que esta Institución es grandiosa y que ya por eso está en todas y realmente no, el usuario ese nivel nunca lo había oído, nivel catastrófico de gasto en salud, es “ok” ese me parece que es un dato al que le deberíamos dar seguimiento, doña Fabiola tiene muchísima razón, en cuanto al seguimiento de índices y este del nivel catastrófico, me parece de los principales, yo donde veo que mis empleados van, prefieren contratar a un dentista privado o a un doctor privado, porque el diagnóstico es más rápido, porque no pierden tiempo, porque les da chance de hacer eso y llevar los chiquitos a la escuela y volver, cosas por el estilo. Entonces, lo del tiempo que decía don Álvaro es importantísimo, dentro de todo lo que se ha mencionado me llama la atención que las Juntas de Salud creo que en ninguna de las presentaciones salió a relucir, entonces me pregunto si las Juntas de Salud están o son funcionales, tienen algún papel, hay que organizarse diferente, bueno eso me llamó la atención, luego creo que en todas las presentaciones y creo que en las Juntas que he asistido yo, en todas se ha hablado de la utilización de tecnología y automáticamente eso va a llevar a la menor necesidad o que sobren empleados en ciertas funciones. Entonces, creo que debe de ser algo dentro del Plan Estratégico qué hacer con esas personas que van a sobrar, va a haber que capacitarlas, para que hagan otro tipo de labor o qué es lo que se va a hacer, pero realmente creo que va a ser algo que es muy palpable y que hay que tenerle un plan. Dentro de esto también se me ocurre la coordinación interinstitucional, yo siento que en este país carecemos de coordinación, tenemos absolutamente todo lo que necesitamos, pero no lo coordinamos y creo que dentro de eso está la posibilidad de compartir gastos, o sea, que se yo, yo soy un fiel creyente en la prevención en salud, yo cuando si algo he aprendido con mis vacas es que si no están sanas y no hago en la nutrición lo que hay que hacer, no van a parir bien, no van a poder producir bien, o sea, hay una serie de situaciones que se dan por una mala nutrición, la obesidad es algo que tenemos que empezar desde que nacen a trabajar en ese tema. Ahora la Caja posiblemente no es la llamada a trabajar todo el tema de nutrición, pero me parece que es esencial que le lleguen a la Caja las personas bien nutridas, entonces el Ministerio de Agricultura y Ganadería (MAG) con agricultura, ahora tiene un departamento de agricultura orgánica, puede hacer muchísimo en ese sentido, desde el punto de vista de recreación el Ministerio de Ambiente. Las Municipalidades con los parques recreativos que eso es parte de la salud mental y del bienestar de las personas. Entonces. se me ocurrieron así una lista de instituciones con las que siento que hay que tener algún tipo de convenio, entre esas está el Ministerio de Educación, que es esencial, el Ministerio

de Salud, el MAG, el Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia (IAFA). Yo detesto salir a caminar todas las mañanas y encontrarme a la gente fumando marihuana, pero uno tras otro, se ve que son gente que tiene problemas de algún tipo, o sea, yo lo que me imagino es lo primero que me imagino viniendo del sector agrícola, es que tienen deudas con el banco y están desesperados y no saben qué hacer con eso, están desesperados porque la Caja los tiene agarrados del pescuezo a los patronos porque no pagan, entonces siento que tiene que haber una actitud diferente en cuanto al cobro de las cuotas. En deportes es importantísimo cultura, el Ministerio de Ciencia y Tecnología, Migración, o sea, cuántos no trabajan en el sector agrícola con mano de obra nicaragüense, que a lo mejor ni siquiera están cotizando, esos son un fuerte potencial de ingresos, las Municipalidades mi esposa le da de comer a los indigentes todas las semanas y cada vez son más y más y siento yo que tenemos que trabajar en eso y que la Caja no está exenta en trabajar en ese sentido y, luego, una cantidad de fundaciones que ofrecen servicios. Yo conozco a un muchacho que tiene, que empezó con 15 chiquitos allá en los barrios del sur enseñándoles (...), hoy en día son 150 chiquitos y ya no da abasto el hombre pero eso, llega gente que no tiene y que los chiquitos no han ni comido, los chiquitos se ve que no han ido a la escuela, o sea, hay muchas cosas que se pueden coordinar con fundaciones de este tipo, que yo siento que son parte de la Caja, de las obligaciones de la Caja también, pero posiblemente, no directamente pero sí por lo menos tenerlo coordinado, entonces la coordinación me parece básica. Luego me pregunto si la OCDE (Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos), tiene algún tipo de lineamiento en cuanto a esto o ha dado algún tipo de opinión en cuanto al funcionamiento de la Caja, eso no lo sé y luego me pregunto hasta qué punto la Ley Constitutiva de la Caja, no hay que cambiarle algo o de qué forma las leyes nos están afectando en que todo lo hagan más lento por cumplir con una ley, cuando la ley realmente debería ser lo, no lo que nos dé las pautas, sino las necesidades diarias lo que nos den las pautas, ese sería mi comentario.

Doctor Macaya Hayes:

Muchas gracias, don Christian, don Mario.

Director Devandas Brenes:

Bueno, muchas gracias. En primer lugar, quiero (...) reunión porque la verdad, es que yo nunca había participado en una reunión de este tipo, que empiece a generar este debate integralmente para lograr un Plan Estratégico, sustentado en un debate con toda la coordinación y con todos los pasos que siguen me parece que esto es un avance y pues, claro que tenemos que darle seguimiento para que esto termine bien hecho, yo muy brevemente enseñar lo que, bueno habría que hacer un pequeña introducción de planes anteriores, un poco lo que decía Fabiola, bueno de dónde venimos, esto no está empezando desde cero, hay una experiencia institucional y sería bueno como no hacer un gran documento, pero sí como un resumen, después me parece que los objetivos yo los comparto ahí que el orden en que los presentan implica alguna priorización, porque por ejemplo, ponemos en primer lugar la atención de la enfermedad y todos estamos conscientes aquí en que prevención y promoción deberíamos empezar a ponerlo en un nivel destacado al presentar los objetivos, no sé si ese orden repito, implica alguna priorización o no, luego me parece, bueno en prevención y promoción esa coordinación interinstitucional a la que se refiere usted es fundamental y efectivamente la Caja no puede echarse eso sola al hombro, no puede: Eso es una tarea de toda la sociedad, pero la Caja debe ser como la enzimática, como la que promueva la que estimule, hemos estado con algunas Juntas de Salud que nos reunimos y

ustedes que tienen con los sectores de ustedes impulsando la idea de que las Municipalidades creen los comités, las comisiones de salud municipales, porque muchas Municipalidades no tienen comisión de salud para ir integrando Juntas de Salud también ya con trabajo, un poco más de trabajo comunal, las Juntas de Salud han estado muy de cara a la Institución, pero muy poco vinculadas al trabajo del resto, me parece que eso es importante y esto con el Ministerio de Agricultura es fundamental. Incluso yo comentaba aquí que salió, la semana pasada creo, un estudio del Banco Mundial sobre causas de enfermedades de mortalidad vinculadas al manejo de productos agropecuarios, desde que se cultivan hasta que llegan a la mesa no por cuestiones solo agroquímicas, sino por incluso contaminación ya bacteriana, etc. y es un informe fuerte, porque es una cantidad morbilidad y de mortalidad enorme que lo vincula el Banco Mundial, a ese tema y vi que don Renato Alvarado, precisamente la semana pasada había impulsado una reunión con agricultores, para ver lo que llaman, creo que es la inocuidad de la, me parece que eso hay que fortalecerlo mucho. Además, dentro del área de prevención y promoción, por ejemplo, yo he insistido y alguna gente se ríe un poco de que deberíamos de aprender a cocinar en todas las escuelas, deberían dar clases de cocina para, sí pero ahora, como obligatorio verdad, sí, sí yo recibí economía doméstica y me enseñaban a coser y a hacer manzanilla, pero ahora porque una alimentación sana, barata y aprovechando los recursos del ambiente y, además, sabrosa porque eso es muy importante para poder entrarle al combate un poquito a la obesidad y a la misma mesa, el disfrute de la mesa ya en que me parece ese esfuerzo hay que fortalecerlo mucho, bueno en esa parte me quedo ahí, eso da para mucho. Yo sí destacaría aquí y este ya es un ejemplo de que hay, que en los objetivos estratégicos el tema del gobierno corporativo, puede ser que lo veamos como un objetivo táctico, pero yo casi que lo vería como un objetivo estratégico y ven que esto ya es un ejemplo, digamos de gobierno corporativo, donde empiece a hacerse la planificación, el control y ahí bueno, estaría la planeación estratégica que estamos viendo, la evaluación, que es muy importante que se haga ese sistema de evaluación, porque de nada nos serviría hacer el plan y hacer todo y después no se evalúa a fondo, bien, verdad no una evaluación un informito ahí, con se cumplió el 20, el 10, el 05, no, yo creo que hay que ir a un sistema de evaluación más fuerte, porque la Institución no tiene, incluso la evaluación del servicio médico que es una cuestión más compleja, verdad, en lo que llaman en literatura el error médico, digamos, pero eso la Caja hasta donde yo sé no lo tenemos, incluso me han dicho, usted me corrige, doctor, que unas sesiones que hacen con los patólogos en los hospitales cómo se llaman, que en algunos hospitales prácticamente se han ido suspendiendo y alegan falta de patólogos, pero bueno, no sabemos de qué se nos están muriendo de verdad, porque el patólogo al final es el que nos dice. Bueno un sistema de evaluación completo, la Caja tiene que fortalecer mucho ese trabajo y vinculado a eso está el tema de riesgos, integral, no solo los riesgos financieros sino el tema de riesgo yo no sé, había un acuerdo de Junta, Planificación estaba trabajando en organizarnos el sistema de riesgos, dentro de los objetivos fundamentales está la reestructuración del aparato gerencial y de Junta Directiva eso tiene que ver con gobierno corporativo, pero me parece que es fundamental, digamos muchas de las cosas que ustedes están diciendo ahora yo me sorprendo y lo dije mucho tiempo antes de que no se decían, hace cuatro años que uno venía, pero bueno, qué es lo que pasa con el modelo gerencial aquí, estas cosas que son ahora como evidentes, pero yo creo que la reestructuración, ojalá, que podamos avanzar en la tarde en eso y ver los temas gerenciales y un detalle particular es cuando hablamos de la calidad de la atención, yo no sé si eso lo estamos pensando también en el diseño de los hospitales, si vamos a seguir siendo hospitales de salones para 20 ó 30 personas, yo no sé eso, yo he visto en otros lugares que son, porque eso es parte, digamos, cuando hablan de la clase media que efectivamente, uno dice, yo le he preguntado a mi hijo ¿por qué llevaste a tu señora a la clínica privada al parto? y me

dice, “diay”, porque yo puedo ir y estar con ella ahí en el cuarto. Entonces, por qué nosotros no lo tenemos, entonces me dicen a mí: es que vos sos muy, voy a usar la palabra popular, dicen muy “culindingo” y les digo, no es que la clase media nuestra ya está reclamando esas cosas, eso de que a usted lo he comentado mucho, hay que cambiar la cultura hospitalaria, que a usted le ponen el almuerzo a las 11 y usted come y si no se llevan la comida fría, lo bañan a las seis en punto, yo no estoy, yo creo que en otros hospitales del mundo ya esto, sobre todo en ciertos servicios, no en todos, por ejemplo, conocí lugares donde ponen la comida en un enfriador, con el nombre de la persona y uno va y se lo come a la hora que le da hambre, lo pone en un microondas y come, cambia completamente la forma que a usted le ponen ahí en la mesa su comida; bueno, eso yo creo que hay que pensar. Y la otra cosa, lo de participación ciudadana me parece que aquí todos han coincidido y me parece que eso hay que fortalecerlo mucho, el Dr. Salas se ofreció, Loría que vos no estabas, para que trabajáramos en el Reglamento de Juntas, ya él se ofreció también para participar en eso, sí pero sería bueno darle, porque hay inquietud de alguna Junta y pidieron algunas Juntas conversar con nosotros antes.

Directora Loría Chaves:

El actual está bastante avanzado (...).

Director Devandas Brenes:

Y para tirar una idea provocativa que yo sé que puede levantar roncha aquí a la izquierda y a la derecha y al frente, pero a mí me llama la atención que la Organización Mundial de la Salud tiene todo una estrategia, para promover el rescate de la medicina tradicional, de la medicina tradicional y cuando hablamos de costos y hablamos del abuso de las farmacéuticas, yo sé que eso tiene que manejarse con mucho cuidado, sé que eso no es una cuestión, pero me parece que ahora que termino diciendo esto y ustedes recordaban, que antes nos daban clases de cocina y sí clases de economía doméstica y a mí me enseñaron a hacer borraja, ya ahora no se usa la borraja, una hierba, hacer la manzanilla, el tilo, el té de tilo, pero “diay” este yo no sé, hemos hecho un esfuerzo en las zonas indígenas, el médico coordinando con, pero me parece que nosotros debemos explorar más el tema de la medicina tradicional, sobre todo que hay un documento completo de la OMS (Organización Mundial de la Salud) sobre estrategias para recuperar. Entonces, Sr. Steinvoth cuando usted se tope a los que van fumando marihuana como agricultor pensemos en cómo sembrarla.

Presidente Ejecutivo:

¿Alguien más? Sí, perdón, Maritza.

Directora Jiménez Aguilar:

Bueno, quería agradecer el ejercicio, la información que nos mandaron también y me da alegría oír a don Mario, que dice que hace cuatro años no se hizo y que esto es un procedimiento que se está haciendo en este momento. Me parecen muy participativas las exposiciones de los gerentes y cuando digo participativo es porque creo que sí tomaron una visión en cuenta una visión más general y menos dividida entre ellos y eso ayuda en el ejercicio. Sí me gustaría ligar, por

ejemplo, el árbol de resultados a algunos indicadores claves, de los que hablaba Fabiola, por ejemplo, cuando tuvimos la visita de KPMG y de aquel señor experto en eso, ellos nos hablaron de muchos indicadores que se tienen en los países y yo creo que en los países avanzados en este tema, yo creo que, por ejemplo, los que nosotros tenemos acá en el árbol de resultados, temas de cirugías, de consultas, de urgencias, de una vez deberían estar ligados a un indicador que nos ayudaría mucho en el tema de evaluación del desempeño y también en el tema de control que la Junta Directiva debe ejercer sobre el avance en el Plan Estratégico, de manera que yo esperararía que esto, Róger, se convirtiera como en un cuadro, en una, exacto en una matriz de indicadores que nos ayude a nosotros a decir, bueno, realmente la Gerencia Médica está avanzando en estos 3, 4 indicadores en el año; que nosotros podamos sentarnos y ver rápidamente y esos indicadores ustedes los conocen mejor que nosotros y los pueden investigar también, a nivel internacional, porque yo quisiera dar el paso de ya tener esta Planificación Estratégica también desarrollada, pero, tenerla muy práctica en cuanto a indicadores. Yo me imagino un mapa de ruta donde nosotros tengamos fácilmente identificados, cuáles son los temas claves que debemos evaluar de cada uno de los ejes estratégicos, de manera que yo vea en prevención cuáles son por ejemplo, las cosas que yo debo medir, igual en prestación de servicios, sostenibilidad, innovación, para que no nos quedemos como en la prosa y que podamos realmente meter el dedo en la llaga y decir bueno, esto que cuesta lo tenemos que ver modificado en tantos puntos en el año siguiente o en tantos puntos en el quinquenio o lo que vayamos a ver, porque creo que en nuestra cultura en la Caja ese es el paso siguiente, el tema de los indicadores y el tema de la evaluación del desempeño, no solamente como gerencias sino también como gerentes innovadores como gerentes que apuestan por soluciones diferentes y soluciones que no sean de la práctica común, sino que sean más bien totalmente disruptivas, entonces yo creo que lo que esperararía como paso siguiente es eso verdad, muchas gracias.

Doctor Macaya Hayes:

Bueno. Yo quisiera hacer uso de la palabra también, creo que la mañana fue un proceso muy interesante y que estemos aquí todos juntos hablando de lo que queremos en los próximos 3, 4 años y lo que queremos de aquí al 2030, o sea, son como dos horizontes de tiempo, y estamos en un punto de inflexión. O sea, creo que esto es no es cualquier discusión estratégica, estamos en un momento de un punto de inflexión, donde hay muchas corrientes que están disparándose, todo lo que es el envejecimiento de la población, que ya hemos hablado, todos los problemas que ya conocemos bien de las enfermedades crónicas, de temas de salud mental, de traumas en nuestras autopistas, calles y todo esto nos lleva a tener que tomar las decisiones más acertadas posibles y ahí es donde yo creo, que una parte fundamental en nuestra estrategia a futuro, es el uso oportuno y acertado de la información, esto ya lo dije un par de veces la semana pasada en el Congreso de Médicos y en otros lados, pero la información médica está explotando en el mundo y en Costa Rica, va a ser desproporcional eso con el EDUS, o sea, tener un sistema integral donde todo el mundo está conectado, usted presenta su cedula y ya ahí está su expediente y todo lo que le hacen y todo lo que le receten y todo va a quedar ahí, son pocos los países en el mundo que tienen eso y nosotros tenemos que aprovecharlo, para brincar en ese salto cualitativo de la calidad de los servicios y del uso de la información, un dato que mencioné en el Congreso de Médicos en 1950 se estimaba que toda la información médica que existía, desde que se comenzó a generar información médica desde antes de Leonardo da Vinci, hay haciendo autopsias de 1950 en adelante. En 50 años se duplicaría, o sea, todo lo que se hizo en toda la historia en solo 50 años, habría el doble de información, pero no se llegó ni al año 2000, para que se duplicara. Ya en

1980, ese periodo se redujo a siete años, o sea, cada siete años se iba a duplicar todo el conocimiento médico en el mundo de toda la historia. Ya para el 2010 estaba en 3.5 años y, ahora, se estima que en el 2020 que estamos a la vuelta de la esquina un año y pico, va a ser cada 73 días, o sea, cada 73 días toda la información médica del mundo se duplica a ese ritmo, va todo lo que es la secuencialización de genes, de exámenes, de todo tipo, es una explosión de información. Entonces, bueno, aquí estaba usando la calculadora, si en esa década del 2020 al 2030 no se acelera más, que sabemos que se va a acelerar más, porque esas cosas no se detienen y solo se mantiene en ese ritmo de cada 73 días por una década para el 2030, o sea, entre el 2020 y el 2030 vamos a tener este número, no sé ni como llamarlo, es un uno con quince ceros más información que el principio de la década, probablemente, es imposible llegar a tanta información, estamos, vamos a llegar muy rápidamente al límite de lo que se puede conocer en el campo médico, en secuencias en genomas, en padecimientos, en el cáncer, en todo esto; bueno, entonces, qué vamos a hacer con toda esa información. Tenemos que tener un centro de análisis de datos que sea la envidia del mundo y hay que visitar Estados Unidos, hay que visitar Israel, hay que visitar Suecia, hay que ver dónde están usando esta información de la manera más oportuna y más acertada para la toma de decisiones. La inteligencia artificial va a ayudar, el EDUS va a ayudar, pero el EDUS ojalá móvil, ya es móvil, pero tenemos que promover el uso del EDUS móvil, que usted tenga su expediente electrónico en el celular, usted llega a cualquier centro y aquí estoy. Aquí está mi electrocardiograma de hace seis meses aquí está, una descarga de información y eso le va a dar una enorme ventaja a la Caja sobre todo los operadores de salud, probablemente, de América Latina públicos o privados, tener ese uso óptimo de la información. Entonces, me parece que eso tienen que ser una parte fundamental en ese centro como, como lo iniciamos y cómo evoluciona esa capacidad de uso de la información. Segundo, una Caja articulada totalmente articulada, es una única Caja no son islas, ni entre hospitales, verdad, que unos son del San Juan y otros del México y otros son del Calderón, no es una única Caja que comparte información que donde se puedan optimizar los recursos humanos, físicos para atender a los pacientes, ya lo vimos el viernes un ejemplo de eso, en San Carlos nos ofrecieron 400 cirugías de Ortopedia, que nosotros escojamos de dónde los enviamos a San Carlos y nos hacen 400 cirugías de Ortopedia, bueno.

Directora Solís Umaña:

¿En tiempo normal o extraordinario?

Doctor Macaya Hayes:

En un año, ellos se encargan en un año nos sacan 400 cirugías de ortopedia, no, imagínese que otros hospitales tengan un equipo médico muy “arrecho” en Oftalmología y que otras se podría pensar, en un canje de cirugías no sé, irse especializando que se vuelva más y más eficiente la Caja, muy articulada y articulada entre las gerencias también, de que haya un manejo de proyectos de infraestructura, de recursos humanos, de la parte financiera, la parte médica articuladas. De hecho, ahora, estaba revisando la misión y la visión de la Caja y dice eso, la visión es una Caja articulada voy a leerlo aquí, visión: “seremos una Institución articulada, líder en la prestación de los servicios integrales de salud, de pensiones y prestaciones sociales en respuesta a los problemas y necesidades de la población con servicios oportunos de calidad y en armonía con el ambiente humano”. Hay mucho más que escribir ahí, hay que articularnos en serio, y no ser islas de infraestructura, islas de personal, islas de recurso humano, los tiempos de

espera, obviamente hay que tener ese plan estratégico, para eso estamos, hay un recurso de amparo especial de la Sala Cuarta, donde nos están diciendo cuál es el plan para atender las listas de espera, porque si no nos van a recetar un fallo estructural, que ya no es opere a este, opere a este, sino que ellos van a decidir cómo operamos las listas de espera nosotros, entonces, esto.

Directora Solís Umaña:

¿Y lo pueden hacer? (...) la autonomía.

Doctor Macaya Hayes:

No lo pongamos a la prueba, la Caja, yo creo que siempre tiene que ganarse todos los días algo a la clase media, precisamente por ese posible doble pago de la cotización de la Caja y voy a la consulta privada, voy a parir a un hospital una clínica privada, y eso creo que es el enfoque una Caja que se gana a la clase media, porque si nos ganamos a la clase media o la mantenemos, nos mantenemos con todas las clases de ahí para abajo, la clase más pudiente también la pellizcamos, pero una Caja orientada a la clase media, porque esa clase media está gastando mucho en salud privada, en medicamentos. Nosotros como Caja invertimos como más de trescientos millones de dólares al año en medicinas, pero en el sector privado el mercado es de seiscientos millones de dólares y atendiendo, o sea, ellos no están comprando el (...) medicamento de alto costo, verdad, en una farmacia privada, para eso vienen a la Caja, o sea, los medicamentos caros nosotros los atendemos y nuestra factura es de trescientos millones de dólares, pero en el sector privado es de seiscientos millones de dólares y eso es del bolsillo de toda la gente. Compras más eficientes vea el Sistema Integrado de Compras Públicas (SICOP) con las compras digitales, fundamentales negociaciones directas con empresas cuando hay oferente único, y luego una infraestructura actualizada cómoda, actualizada. Tal vez, con esa cama tradicional que pueda atender a un acompañante, que está visitando o acompañando a un familiar en un hospital. Lo vimos doctor, esta semana pasada, una señora ya muy mayor que estaba en emergencias y nadie la podía acompañar y se cayó, una señora de 80 y pico de años, no, no se quebró por dicha, pero si permitimos que un familiar la acompañe, eso es trabajo gratuito de la familia, que nos está ofreciendo a la Institución y cualquier problema ahí están y van a estar pendientes como ninguna enfermera está pendiente de ese paciente. Entonces, esa calidez del trato a los pacientes y a toda la familia involucrarla en que sea ese trato esencial. Bueno, yo creo que yo aquí fui apuntando los comentarios de cada uno, vamos a asegurarnos que todo esto quede incorporado a un documento, qué esperamos de un Plan Estratégico, después lo hacemos cada vez más táctico y eventualmente, le ponemos presupuesto, verdad, y ahí vemos de qué tamaño es ese presupuesto, esa es otra discusión, pero bueno yo creo que ha sido una mañana muy rica, así que les agradezco a todos, Fabiola.

Directora Abarca Jiménez:

No, totalmente de acuerdo, lo único es que yo quería hacer un comentario adicional, porque siento que es muy importante que establezcamos esos objetivos de los ejes estratégicos, entonces quería no sé si les parece, verdad, o es una propuesta hacer una sesión, puede ser de unas 2 horas no sé, dependiendo de cuánto nos tomemos que sé yo, traer una pizarra y poner ahí los 4 ejes y hacer un, empezar a tirar objetivos, nada más pero, concentrémonos en objetivos y ojalá

cuantificables y luego vamos quitando y bueno, cuales son los que vamos a dejar, para que ya después las gerencias puedan seguir trabajando con todas sus planes sugiero.

Doctor Macaya Hayes:

Don Mario y después doña Gabriela, primero doña Gabriela.

Arq. Gabriela Murillo:

Gracias, no, nada más, digamos, en la propuesta que ahora les comenté en la parte de, había una parte que se llamaba control ciudadano, ahí estaban las Juntas de Salud, pero están también las asociaciones y hay una familia de entidades sociales, que están siempre a la par de los servicios, la idea es incorporarlos ahí. Lo otro es que me parece que en el tema de calidad de servicios y promoción y prevención de la salud, digamos, yo pienso que eso debería estar unido y tal vez doy un ejemplo, un paciente diabético, hipertenso, que esté bien controlado, que ojalá tenga un App donde le recuerde la toma de medicamentos, los controles, es un paciente estabilizado y es un paciente que va a sentirse, además, con una calidad de servicios por parte de la Caja. Entonces, yo por eso tal vez no separaría como prevención y promoción de la salud y calidad de servicios, por el otro, sino que puede ser un capítulo de calidad de servicios porque abarca “diay”, tiene que abarcar todo el ciclo y, entonces, eso tal vez lo podemos ver en el taller que propone doña Fabiola y tal vez lo último, es lo que usted mencionaba, doctor, sobre esa cantidad de datos que hay, ahora hay un experto que se llama científico de datos, entonces, aquí buscando el (...) tiene un curso que inicia, que son siete semanas ahora en inicios del año entrante. Es un curso que vale ochocientos cuarenta y nueve dólares, es en línea y es un curso certificado por el (...) en un científico de datos y se llama (...). Entonces, es como conducir las decisiones con base en datos y usando el tema de (...) y las otras minorías de datos y otros. Entonces, nada más contarles que es un curso en línea que está disponible en este momento para inscribirse y que más bien, invitar a las gerencias que quieran proponer a alguien ahí, que podamos buscar hacer un grupo, para capacitar gente en el tema de científicos de datos.

Doctor Macaya Hayes:

Muchas gracias, un área donde hay muchísimo por hacer.

Director Devandas Brenes:

En la línea de Fabiola y yo, en los acuerdos, pero hablar que la meta es que el 6 de diciembre, esta Junta Directiva apruebe ya los objetivos estratégicos, porque de acuerdo con el planeamiento que han hecho los compañeros, tiene una, para que luego puedan seguir avanzando. Entonces, habría que ver eso bien, si es necesario hacer una reunión antes del 6 de diciembre, para seguir trabajando el tema, de manera que el 6 de diciembre lo aprobemos porque si no, si lo atrasamos, si no lo aprobamos el 6 de diciembre, por el mes que es, es peligroso que se nos vaya el mes y no terminemos.

Directora Jiménez Aguilar:

El 4, el 3 porque el 6 no va a haber reunión, sería el 3.

Director Devandas Brenes:

Ah, el 6 no hay reunión.

Doctor Macaya Hayes:

El 6 no hay reunión, pero la siguiente semana sí hay reunión.

Directora Jiménez Aguilar:

Sería el 3.

Director Devandas Brenes:

El 6 vas para Talamanca, allá en helicóptero.

Directora Jiménez Aguilar:

Tendría que ser el 3.

Director Devandas Brenes:

Claro, yo a la Embajada Americana no le digo que no ni loco.

Doctor Macaya Hayes:

Yo lo único que tengo que verificar es que la Defensoría de los Habitantes, cuando lo visitamos a raíz del tema de los biosimilares, quieren que tengamos una reunión con pacientes y que exponamos la calidad, todos los criterios que se utilizan en escoger un medicamento y ellos estaban pensando en el 3, no nos han convocado todavía, pero podemos tratar de cambiarles la fecha, pero hagamos, vamos mañana mismo a ver si podemos tirarlo a otra fecha y bloqueamos el 3 de diciembre para la reunión ordinaria y el jueves.

Directora Solís Umaña:

¿El 3 sería entonces la ordinaria?

Doctor Macaya Hayes:

El 3 sería la ordinaria.

Directora Abarca Jiménez:

¿Para hacer ese taller?

Presidente Ejecutivo:

Sí.

Ing. Peraza Solano:

Si no puede ser el 10, doctor, porque creo que por unos días no habría tanto desplome, la siguiente semana.

Directora Abarca Jiménez:

No, pero perdón ahí dice que presente el 3 de diciembre la versión final del documento, eso es para hacer la reunión y ponernos de acuerdo en los objetivos estratégicos y de ahí en adelante ya ustedes empiezan a trabajar el documento.

Doctor Macaya Hayes:

Sí, lo hacen sin mí sí. No, yo les había informado que la semana entrante yo estoy “out”.

Directora Jiménez Aguilar:

Porque a mí me parece importante incluir en esto de manera muy específica, las dos cosas de las que habló don Román, que era lo del manejo de la información y cómo vamos a proyectar eso en el futuro y también, lo de la articulación de la Caja que debería estar ahí presente, si no en un indicador, en un objetivo muy claro porque si no se filtra, se va perdiendo. El jueves que viene, no, pero no está don Román tampoco, ¿toda la semana no está?

Doctor Macaya Hayes:

No, este jueves sí. Podría ser.

Director Devandas Brenes:

Podría ser este jueves, ve porque es que si no no hay cuórum, digo para poder salir el 6 de diciembre con esto.

Directora Abarca Jiménez:

Sería buenísimo, porque está muy fresca esta conversación.

Doctor Macaya Hayes:

¿Le dedicamos la mañana del jueves a esto? Bueno, siempre tenemos correspondencia y todo, entonces ahí lo (...). “Ok”, lo hacemos este jueves entonces. Sí, sí, no ya, “pura jupa”. Mi única duda aquí es si mantener esa fecha así como tan escrita en piedra del 3 de diciembre, porque dependiendo de qué sale el jueves, tal vez (...) puede ser el 10, si está listo el 3, pues se presenta el 3 pero. Ah no, pero esto es para, no, no, sí está bien.

Directora Abarca Jiménez:

Yo tengo una pregunta, ¿Cuál es la urgencia de tener aprobado el plan? Porque es más ya que estamos haciendo toda esta dinámica, es importante que quedemos con un plan estratégico con el cual todos estemos satisfechos, no sé cuál es la prisa de tenerlo para el 3.

Ing. Peraza Solano:

La prisa es para cumplir con las fechas que nos han propuesto del plan presupuesto institucional, que es en abril. Esa es la que ustedes nos pidieron. Abril la propuesta base del plan presupuesto institucional, entonces a diciembre PE y les damos a las gerencias a marzo, para que trabajen en las propuestas de los planes tácticos gerenciales, que es donde ya viene ya más la meta y cuánto van a durar y todo esto.

Directora Abarca Jiménez:

Es que yo pienso que con la discusión que hemos tenido, más la que vamos a tener el jueves, ya los planes tácticos van a estar bastante avanzados con todos los comentarios de los directores y las mismas propuestas que ustedes han hecho, yo veo que esos planes tácticos es más que todo ordenarlos y que respondan al cumplimiento de un objetivo estratégico, entonces, yo creo que podríamos darnos más tiempo en esta primera etapa de establecer claramente esos objetivos estratégicos, porque de ahí para abajo se desarrolla todo lo demás.

Ing. Peraza Solano:

¿Y si le ponemos a más tardar en el mes de enero, una cosa así?

Directora Abarca Jiménez:

Pero hagamos la reunión, propongo hacer la reunión el jueves, a ver cómo nos va y de ahí establecemos una fecha para entregar el plan, sí para recibirlo.

Director Devandas Brenes:

Yo solo tengo una duda, en el acuerdo dice seguir, se le dice a los gerentes que sigan trabajando los planes tácticos, sí, o sea pero, por eso es que, con base en, lo que yo sí creo es que si tienen cosas que nos manden para el jueves, porque sería la Junta Directiva la que aprueba o da más o menos ya, por aquí es donde vamos, para que los gerentes trabajen, eso es lo que me parece. Obviamente, ya hay mucho que está dicho ya, no hay que esperarse mucho, pero estamos entonces.

Doctor Macaya Hayes:

¿Lo dejamos así?

Ing. Peraza Solano:

O más bien en la sesión que dice doña Fabiola del jueves.

Doctor Macaya Hayes:

“Ok”, entonces, no tomamos un acuerdo ahora. “Ok”.

Nota: (...) Significa no se comprende la palabra o frase.

Se toma nota que la propuesta de acuerdo se retomará en la sesión del jueves 15 de noviembre de 2018.

Se retiran del salón de sesiones el doctor Róger Ballesterero Harley, Director de Planificación Institucional y sus acompañantes. Asimismo la señora y señores Gerentes y funcionarios de la Gerencia Administrativa y Financiera.

Se retira del salón de sesiones el director Loría Chaves.

Ingresan al salón de sesiones la doctora Julia Li Vargas, Directora; el licenciado Lorenzo Chacón Arrieta, Dirección del Proyecto de Reestructuración Organizacional del Nivel Central y los señores Dr. Roberto Guillén Pacheco, Líder, Dr. Mauricio Vargas Fuentes, Ing. Rodolfo Romero Redondo y Grace Madriz, Logística, Centro de Investigación y capacitación en Administración Pública (CICAP)

ARTICULO 3º

Se realiza la presentación del Proyecto de Reestructuración: Presentación de resumen general sobre el proceso seguido respecto del nombramiento de la Gerencia General, atención sesión Nº 8996 artículo 3º del 22 de octubre de 2018 y Gerencias. (Se retomará el oficio Nº GA-1428-2018 conocido en el artículo 42º de la sesión Nº 8999 del 08-11-2018)

Se distribuyen los siguientes oficios suscritos por la doctora Julia Li Vargas, Directora del Proyecto de reestructuración organizacional del Nivel Central, según se detalla:

1- CCSS-REESTRUCTURACIÓN-0669-2018, que, en lo conducente, literalmente se lee así:

“En cumplimiento a los acuerdos de la sesión 8996 del 22 de octubre, en la cual se instruye al Proyecto de Reestructuración del Ámbito Central la revisión de documentación sobre la Presidencia Ejecutiva y la Gerencia General, y la Sesión 8999 del 8 de noviembre, que se nos instruye la presentación de estos temas ante el órgano colegiado, a continuación, se detallan los aspectos a atendidos para la correspondiente documentación.

En relación con los acuerdos de la Sesión 8996, según el Acuerdo Primero, se indica que se incluyan las observaciones indicadas por los miembros del órgano superior, al documento presentado el 23 de abril pasado, sobre las funciones de la Presidencia Ejecutiva y la Gerencia General. Adjunto se incluye el documento final, después de realizados los ajustes solicitados. Asimismo, se adjunta el documento revisado del perfil para el cargo de Gerencia General.

En cuanto al Acuerdo Segundo, en el cual se solicita un resumen sobre el proceso seguido en relación con el nombramiento de la Gerencia General, a continuación, se presenta:

- En **Sesión 8915, 13 julio del 2017, Art. 11**, con la recepción de la propuesta de reestructuración del CICAP, se aprueba la creación de la Gerencia General y se instruyó a la Presidencia Ejecutiva para que en el término de 3 meses presentara una terna para la selección.
- Con oficio **PE 13905, el 31 de julio del 2017** la Presidencia Ejecutiva conforma una comisión para que elaborara el perfil para la selección de los candidatos a valorarse para la Gerencia General.
- En **Sesión 8938 del 13 de noviembre**, la Presidencia Ejecutiva presentó propuesta alternativa de organización. Con base en ello, se acordó sustituir la Gerencia General por la Gerencia de Salud y Prestaciones Sociales que tendría a su cargo las restantes gerencias excepto la de Pensiones. Se solicita al CICAP en esta sesión y la siguiente, que alinee esta propuesta con el trabajo que ha estado realizando.
- En **Sesión 8943, del 30 de noviembre**, con base en el perfil elaborado por la Comisión y eliminando lo referente al ámbito del Seguro de Pensiones, se aprobó por la Junta Directiva el perfil para el Gerente General de Salud y Prestaciones Sociales.
- El **3 de diciembre del 2017** se publica en periódico el comunicado para la conformación del Registro de Elegibles para Gerente General de Salud y Prestaciones Sociales.
- El **21 de diciembre del 2017 en Sesión 8949**, Art. 13, acogido el Escenario 2 presentado por el CICAP con una Gerencia General y cuatro gerencias específicas, y se instruye en el Acuerdo Tercero que se ajuste el proceso de selección que se había iniciado como de Gerente General de Salud y Prestaciones Sociales, para que proceda según lo acordado, es decir, la selección para Gerencia General.
- En **Sesión 8952 del 18 de enero del 2018, Art. 17**, se aprueba el perfil de Gerente General.
- El **1 de marzo del 2018 en Sesión 8961** se acuerda la aprobación de los nuevos perfiles para los puestos de Gerente Médico, Gerente Financiero y Gerente de Logística, en respuesta del próximo vencimiento de los nombramientos de estos tres puestos, y para que se procediera a la selección.
- El 18 de abril la Dirección de Administración y Gestión de Personal trasladó a la Presidencia Ejecutiva el informe de la empresa Multivex con las valoraciones de 33 personas, de acuerdo con 4 competencias específicas (liderazgo, visión estratégica, toma de decisión, planificación y organización) y 7 genéricas (capacidad de negociación, confiabilidad, destreza comunicativa, planificación y organización, resolución de problemas, responsabilidad, tolerancia). Asimismo, trasladó a la Presidencia Ejecutiva el informe de la empresa Doris Peters y Asociados los resultados

de la aplicación de “pruebas técnicas normativas y psicométricas” a 56 personas, para los puestos de gerente general, médica, financiera y logística.

- La Dirección de Administración y Gestión de Personal remite a la Presidencia Ejecutiva la lista de los cinco participantes que obtuvieron los mayores puntajes para Gerencia General, Gerencia Médica, Financiera y Logística.
- Con oficio PE-0835-2018, del 19 de abril, la Presidencia Ejecutiva remitió a la Junta Directiva la propuesta de lista de seleccionados para la Gerencia General y las gerencias Médica, Financiera y Logística.
- La selección de gerentes queda detenida, con la ruptura del quorum estructural ante la renuncia del Dr. Oscar Fallas.

Adjunto se incluye los informes de las empresas Multivex y Doris Peters & Asociados, para su conocimiento.”

2- CCSS-REESTRUCTURACIÓN-0670-2018 que, en lo pertinente literalmente dice:

“Como es de su conocimiento, actualmente se está llevando a cabo la fase de transición del Proyecto de Reestructuración Organizacional y Funcional del Nivel Central, proyecto promovido por la Junta Directiva. Para ello se contrató la empresa Ernst and Young (EY), con lo que se espera que la Institución migre más fácilmente a la nueva estructura organizacional diseñada por el CICAP y ajustada técnicamente.

Como parte de las estrategias conjuntas para esta fase de transición y en el marco de la gestión y administración de la cultura organizacional, en las pasadas seis semanas (25 de setiembre al 02 de noviembre), se formó un equipo de Líderes de cambio (Red de cambio), con el fin de crear una capacidad sostenida en la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) para llevar a cabo actividades como parte de la transformación en la que está inmersa.

El trabajo realizado consistió en dotar a los Líderes de Cambio de conceptos, herramientas y métodos para que estén en la capacidad de diseñar, coordinar y ejecutar actividades de gestión de cambio en alineamiento con el Proyecto de Reestructuración a la nueva estructura organizativa del Ámbito Central de la Caja Costarricense de Seguro Social.

En total se formaron 43 personas del Nivel Central, quienes fueron certificados por EY y los cuales se encuentran altamente comprometidos /as con el Proyecto, donde sus funciones se enmarcan tanto como voceros, como recopiladores de información y en forma importante, en coordinadores y colaboradores de actividades varias que demande este proyecto a partir de ahora.

Por lo anterior es que, se requiere de la validación por parte de la Junta Directiva, esto para que en la medida de las posibilidades puedan colaborar en forma directa y sin obstáculos, como promotores del cambio y además, como coadyuvantes en las labores de coordinación

que eventualmente se requieran, esto sin que ello signifique horas extra de su jornada laboral o desvinculación de la misma, pero sí que sus jefaturas les faciliten las condiciones para atender el llamado cuando se requiera.

Las personas que fueron capacitadas son las siguientes:

Gerencia de Infraestructura y Tecnología:

- Andrea Díaz Fonseca, Dirección de Administración de Proyectos Especiales
- Johanna Pereira Alfaro, Dirección de Equipamiento Institucional
- Yerlin Blanco Robles, Dirección Arquitectura e Ingeniería
- Marianela Jiménez Parra, Dirección de Mantenimiento
- Lucía Arias Durán, Proyecto EDUS
- Daniel Berrocal Zúñiga, Dirección de TICS
- Steven Fernández Trejos, Gerencia Infraestructura y Tecnología

Gerencia Administrativa:

- Patricia León Rojas, Dirección de Comunicación Organizacional
- Gustavo Chinchilla Bermúdez, Dirección Servicios Institucionales
- Katia Castillo Avendaño, Dirección Sistemas Administrativos
- Karla Ureña Pérez, Dirección Bienestar Laboral
- Sofía Calderón Barrantes, Dirección Jurídica
- Ericka Marín Sánchez, Dirección Administración y Gestión de las Personas
- Giselle Tenorio Chacón, CGI Gerencia Administrativa
- Aracelly Palma Moreno, Gerencia Administrativa

Gerencia Financiera:

- Juan José Acuña Ramírez, Dirección Financiero Contable
- Roxana Aguilar Arguedas, Dirección de Presupuesto
- Andrey Luna Espinoza, SICERE
- Javier Hidalgo Sibaja, Dirección Coberturas Especiales
- Johan Retana Piedra, Dirección de Inspección
- Ricardo Velásquez Castro, Dirección de Cobros
- Karol Ramírez Villaplana, FRAP

Gerencia Médica:

- Geovanna Mora Mata, Dirección Desarrollo Servicios de Salud
- Lilliana Murillo Zúñiga, CENDEISSS
- Roger González Chacón, Dirección Centros Especializados
- Selenia Ramírez Paniagua, Dirección Proyección Servicios de Salud
- André Castillo Barquero, Dirección de Compra de Servicios de Salud
- Rocío Pérez Pérez, Dirección de Farmacoepidemiología
- Luis Arturo Castro Monge, Dirección Proyección Servicios de Salud
- Armando Cortés Ruiz, Dirección de Compras de Servicios de Salud
- Carlos Bejarano Cascante, Dirección Proyección Servicios de Salud

Gerencia de Logística:

- Adela Rojas Fallas, Gerencia Logística
- Gabriela Arias Soto, Dirección de Aprovisionamiento
- Cindy Víquez Díaz, Dirección Adquisición Bienes y Servicios
- Sonia Bejarano Fernández, Dirección Producción Industrial

Gerencia de Pensiones:

- Monserrat Contreras Hidalgo, Dirección Administración de Pensiones
- Luis Alonso Umaña Montes de Oca, Gerencia de Pensiones
- Melissa González Bejarano, Dirección Financiera Administrativa
- Johanna Mora Ulate, Gerencia de Pensiones
- Olga Camacho Aguilar, Dirección Administración de Pensiones
- Isaac Vásquez Brenes, Dirección Calificación de la Invalidez”

3- CCSS-REESTRUCTURACIÓN-0671-2018 que, en adelante se transcribe:

“Según los términos contractuales firmados entre la Caja Costarricense de Seguro Social y el CICAP/UCR, corresponde al órgano superior supremo la recepción del Producto 6, el último entregable. Este producto lo constituyen cuatro entregables:

- *Manual de Procesos y procedimientos*
- *Manual de Organización del Ámbito Central*
- *Análisis costo-beneficio de la propuesta de reestructuración*
- *Mapa de riesgos de la implementación*

Adjunto se está entregando los documentos antes citados en versión digital, los cuales están pendientes de revisión por parte de esta Dirección del Proyecto de Reestructuración, para su recepción por parte de la Junta Directiva.”

Por otro lado, se distribuye el documento del CICAP *“Resumen sobre las consideraciones jurídicas relevantes en relación con la reestructuración del Nivel Central para la CCSS”* y *“Resumen introducción al Manual de Organización del ámbito central de la CCSS. 2018”*.

La doctora Julia Li Vargas, Directora del Proyecto de Reestructuración Organizacional del Nivel Central introduce la presentación.

Buenas tardes, muchas gracias. Tenemos, proyecto de reestructuración tenemos dos partes, la primera que es una pequeña presentación del equipo del Centro de Investigación y Capacitación en Administración Pública (CICAP), que ellos fueron los que nos acompañaron la primera parte del proyecto de reestructuración, con el diseño de la estructura organizativa que se aprobó el 21 de diciembre del año pasado, como la base para hacer la fase de transición y están entregando recientemente los dos últimos productos. Uno de ellos está en revisión con el equipo de evaluación y el otro le corresponde a la Junta recibir lo que es el producto número seis, ahora, van a hacer una pequeña reseña del proyecto, ellos querían estar presentes por si la Junta Directiva tiene dudas en relación con los productos que han entregado y pues, les cedo la palabra, después nosotros presentaríamos, la Dirección de Proyectos presentaríamos los otros temas que

están acordados en las sesiones anteriores. Don Roberto Guillén es el líder del equipo, está el doctor Mauricio Vargas, el ingeniero Rodolfo Romero y Grace que es la persona que nos acompaña en la parte de logística, falta doña Carmen Coto que es la abogada del equipo que está fuera de San José y entonces no nos pudo acompañar hoy. Adelante Roberto.

Expone el Dr. Roberto Guillén, Líder, Centro de Investigación y capacitación en Administración Pública (CICAP), con base en las siguientes diapositivas:

1)



Proyecto Reestructuración Organizacional y Funcional del Nivel Central

Presentación Junta Directiva

12 noviembre 2018



CICAP Centro de Investigación y Capacitación en Administración Pública



2)



Objetivo del Proyecto Establecido por la Junta Directiva de la CCSS 2014

“ Establecer la estructura funcional y organizacional del nivel central, con criterios de eficiencia y eficacia, simplificándola y optimizando el uso de recursos, de manera que permita una ágil gobernanza institucional y el efectivo accionar de los ámbitos regional y local, para que la prestación de los servicios a los usuarios se otorgue de forma integral, con oportunidad y calidad”

3)



Premisas del Diseño / Lineamientos generales

1. **Fundamentado** en los mandatos Constitucionales y la autonomía Plena de la CCSS.
2. **Prestación integral de los servicios a las personas**, con oportunidad y calidad, mediante de redes de servicio (organización flexible –concepto ya adoptado en la CCSS en Servicios de Salud)
3. **Gestión enfocada en resultados** institucionales, procesos transversales y en la gestión de riesgos.
4. **Fortalecer gestión efectiva de los servicios** en los ámbitos regional y local, transfiriéndoles capacidades de TD y recursos
5. **Simplificación de la organización** y optimización del uso de recursos.
6. **Ágil gobernanza institucional**. Claridad en los roles: ámbitos de responsabilidad y en la toma de decisiones.
7. **Fortalecer el rol conductor estratégico** y espacio de rendición de cuentas de la Junta Directiva y Presidencia Ejecutiva
8. **Consolidar un equipo gerencial** articulador de las estrategias y las acciones institucionales.
9. **Estructura funcional y organizacional del ámbito central pertinente, eficiente y eficaz**. Fortaleciendo su rol conductor, orientado a la normalización y control de los procesos transversales y de los recursos
10. **Articulación con proyectos estratégicos**: FPSS, Gobernanza TIC, Indicadores de Resultados, RH, EDUS, ERP.
11. **Construcción conjunta: viabilidad política y técnica**

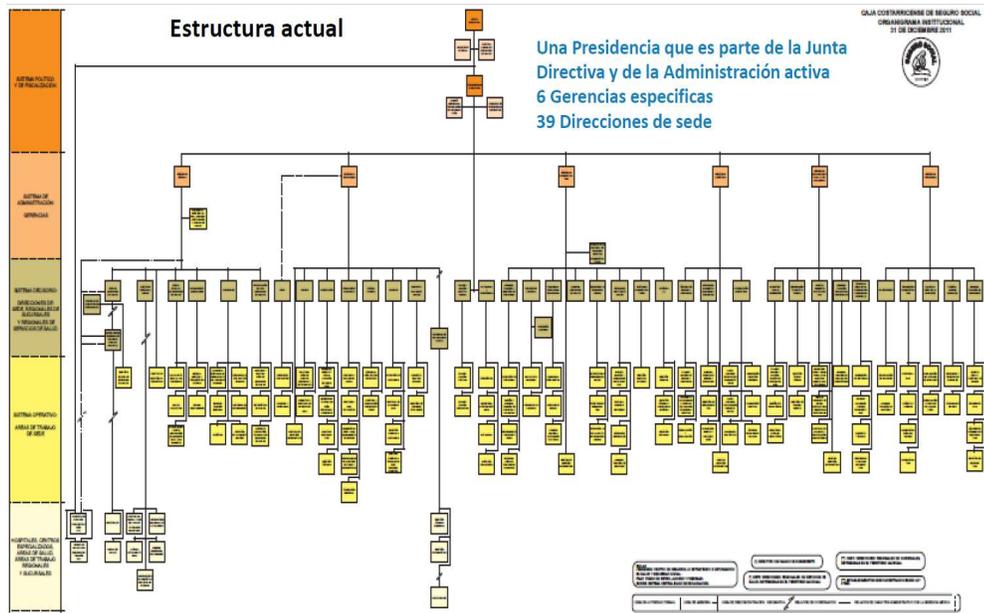
4)



Principales Resultados Estado de Situación CCSS (nov.2016)

1. Alto nivel de especialización (silos), fragmentación y atomización de la estructura organizativa del Nivel Central
2. Procesos y sistemas de información departamentalizados, sin enfoque transversal hacia resultados
3. Desplazamiento de los roles de conducción del ámbito central
4. El rol político estratégico de la Junta Directiva y Presidencia Ejecutiva afectado por saturación de asuntos operacionales
5. Las Gerencias asumen asuntos operativos de los ámbitos de prestación regional y local de los servicios
6. La CCSS no tiene un modelo organizacional general, hay diferentes abordajes organizativos para los roles regionales y locales.
7. Gobernanza institucional confusa. Poca claridad de roles en los tres ámbitos de gestión.
8. La reestructuración del Nivel Central no es un fin en sí mismo, debe responder a un modelo de organización y funcionamiento integral de la Institución

5)



6)

Regionalización con diferentes criterios

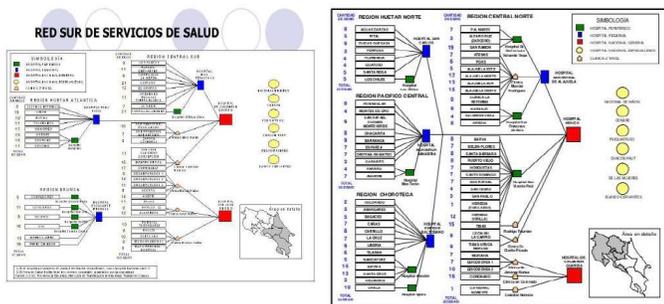
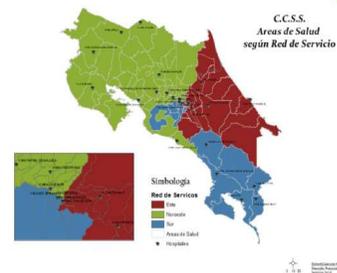
Asignación Presupuestaria SS

- Región CN
- Región CS
- Región HN
- Región CH
- Región PC
- Región HA
- Región Br



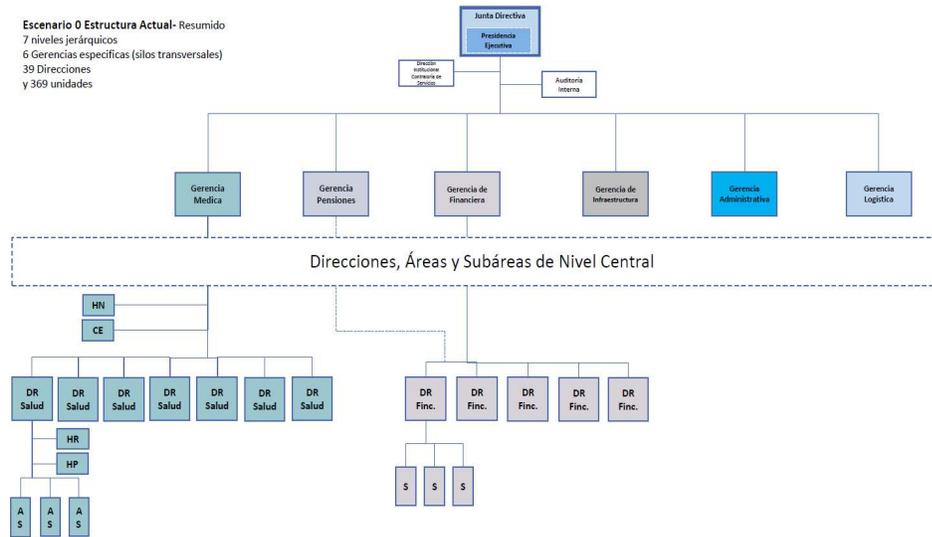
Direcciones Regionales Financiera

- Región Central
- Región HN
- Región CN
- Región HA
- Región Br

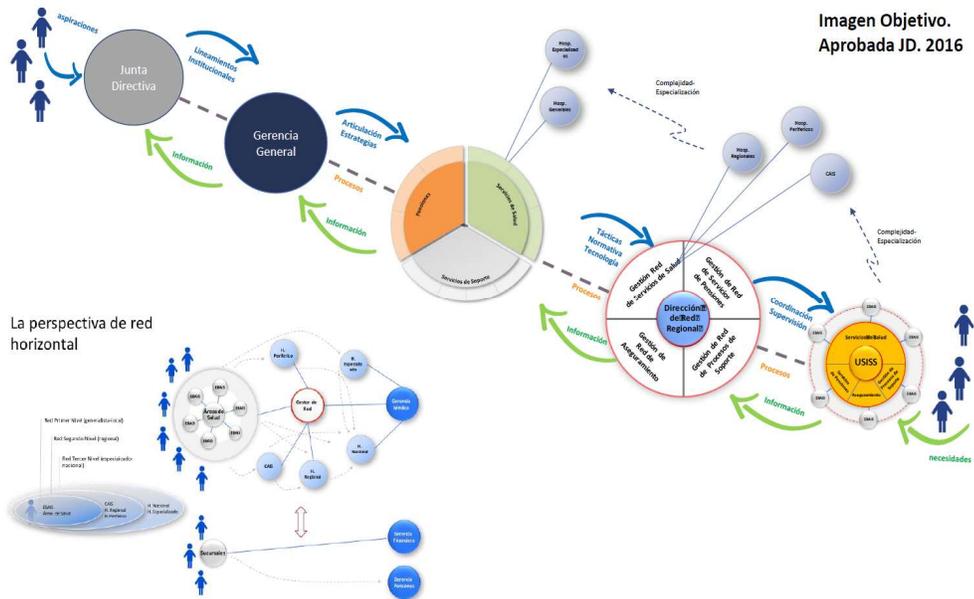


7)

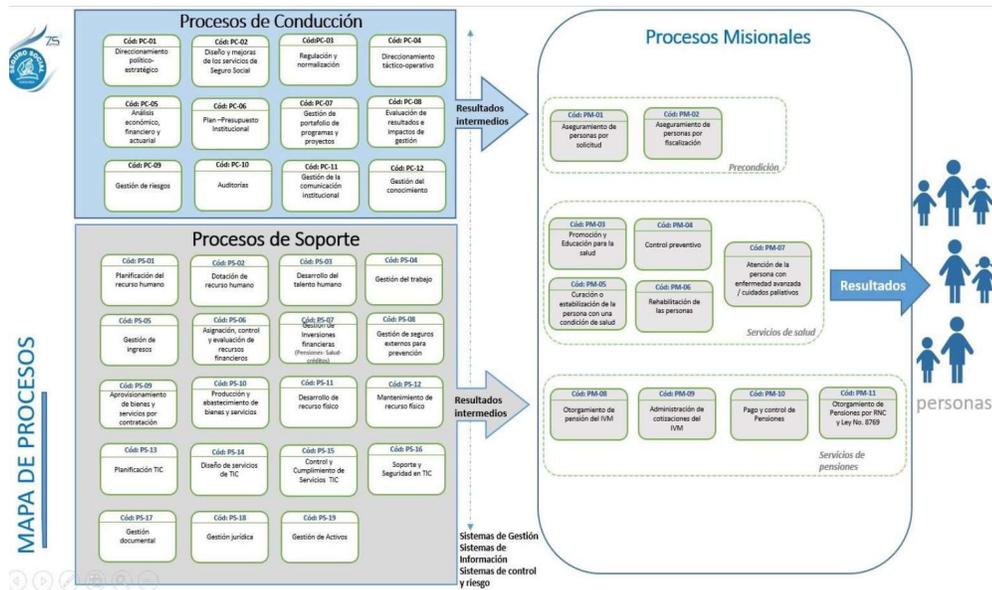
Escenario 0 Estructura Actual- Resumen
 7 niveles jerárquicos
 6 Gerencias específicas (silos transversales)
 39 Direcciones
 y 369 unidades



8)

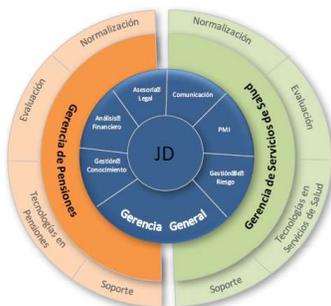


9)

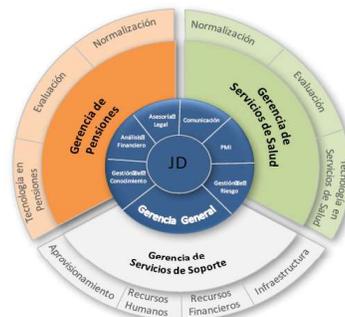


10)

Diseño de escenarios



- JD y PE enfocada al rol político-estratégico y gestión del riesgo
- Articulación de la Gestión Institucional a través de la Gerencia General.
- Especialización de las gerencias sustantivas. Favorece la rendición de cuentas y responsabilidades.
- Facilita la gestión de las necesidades de las dos gerencias sustantivas
- Facilita la mejor asignación y sincronización de los recursos
- Rescata la perspectiva de centrarse en la persona
- Simplificación de los Niveles Jerárquicos (sin áreas y sub áreas).
- Facilita la visión de red
- Marco de Legalidad (Ley de creación de la CCSS- 3 Divisiones)

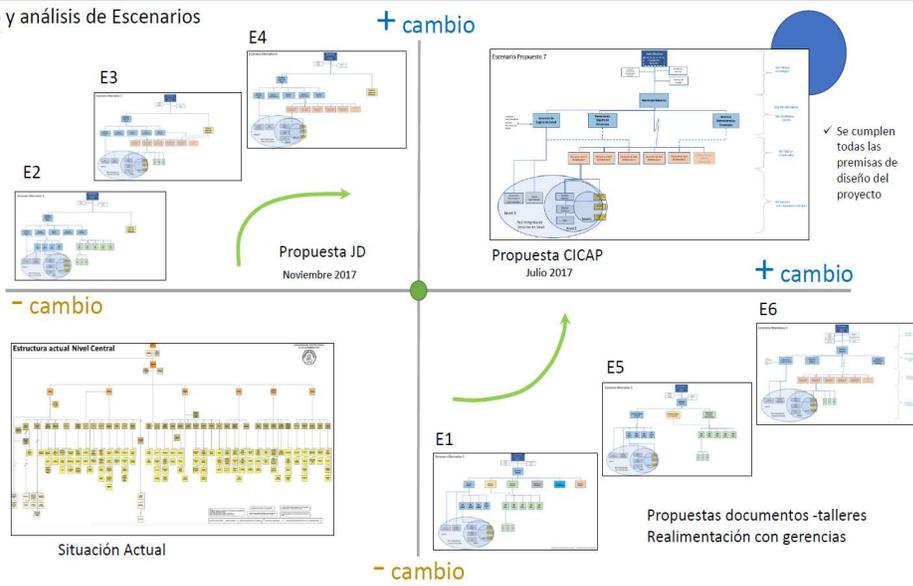


- JD y PE enfocada al rol político-estratégico y gestión del riesgo
- Articulación de la gestión institucional para resultados a través de la Gerencia General.
- Especialización de las gerencias sustantivas. Favorece la rendición de cuentas y responsabilidades.
- Integración de servicios de soporte en una gerencia –procesos administrativos y financieros- que facilita la sincronización de los recursos hacia los procesos sustantivos
- Simplificación de los Niveles Jerárquicos (sin áreas y sub áreas)
- Facilita la visión de red
- Marco de legalidad (3 divisiones)

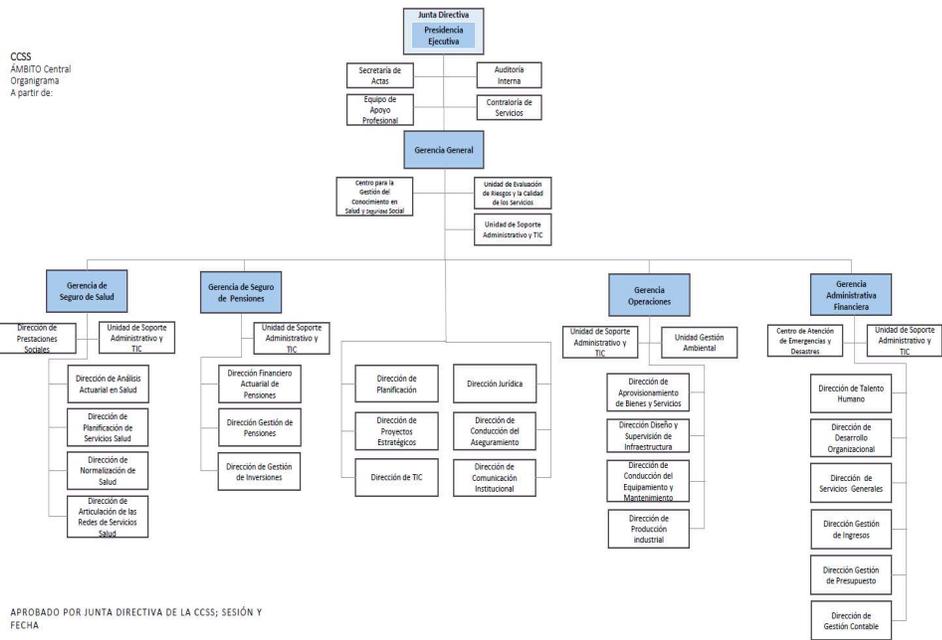
11)

Diseño y análisis de Escenarios

V.20 NOV 2017

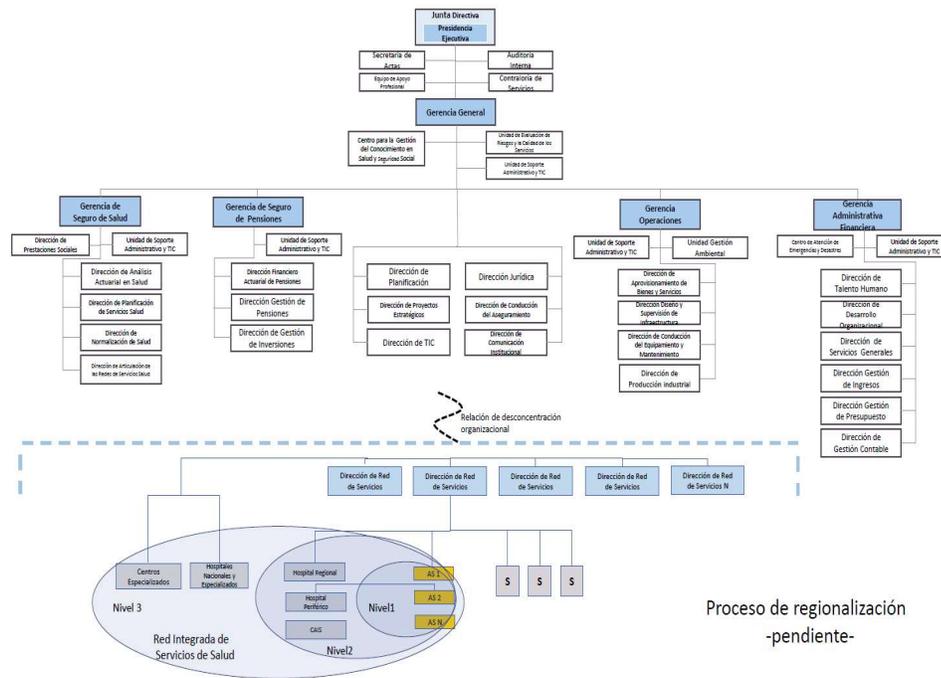


12)

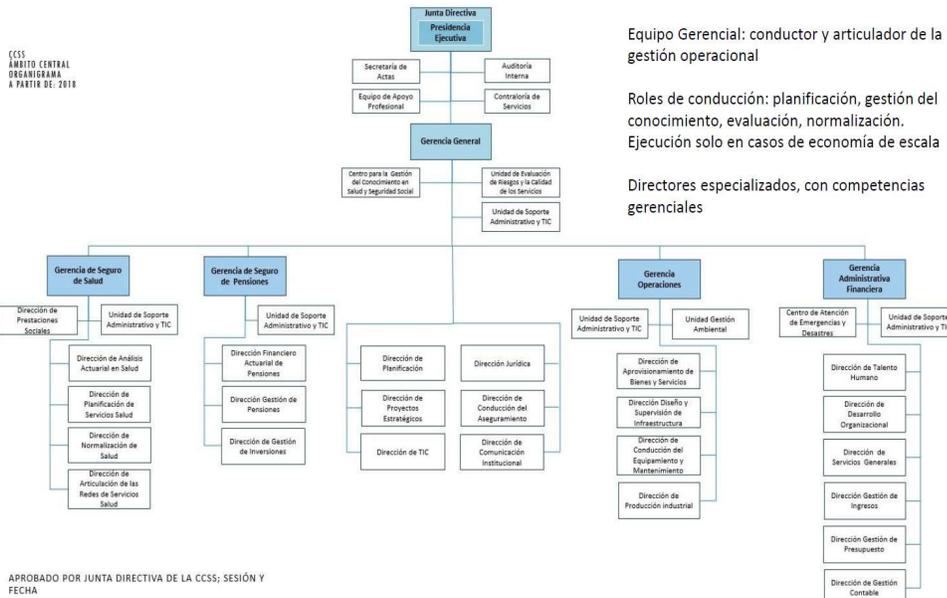


APROBADO POR JUNTA DIRECTIVA DE LA CCSS; SESIÓN Y FECHA

13)



14)



15)

Gerencia Administrativa Financiera

Viabilidad de integración

Según la Sala Constitucional

“... b) la norma le concede en forma exclusiva a la Caja Costarricense de Seguros Sociales, la administración y gobierno de los seguros sociales, grado de autonomía que es, desde luego, distinto y superior al que se define en forma general en el artículo 188 ídem ...” (Resolución No 6256-94).

El artículo 15 de la LCCSS establece que:

“La Junta Directiva, a propuesta del Presidente Ejecutivo, designará tres Gerentes de división: uno Administrativo, uno Médico y otro Financiero, quiénes tendrán a su cargo la administración en sus respectivos campos de competencia la cual será determinada por a Junta Directiva (...).”

16)

- La propuesta recomienda integrar en una sola Gerencia administrativa / financiera, lo que hoy día son dos Gerencias. Por tanto, ambas funciones continúan existiendo, no se eliminan las funciones pues se considera que son funciones relevantes y transversales en la CCSS.
- Es jurídicamente factible que la Junta Directiva, por acuerdo que así lo disponga, establezca la creación de Gerencias, acorde con los estudios técnicos elaborados. Al respecto indica el artículo 15 de la Ley Constitutiva que: “La Junta Directiva podrá crear y definir otras divisiones con su respectivo gerente, cuando lo considere conveniente, de acuerdo con las necesidades de la institución”.
- Es competencia del jerarca de la CCSS, quién busca la mejor interpretación que contribuya a la eficacia, eficiencia, oportunidad y acercamiento del servicio al ciudadano.

Lic. Roberto Guillén:

Muchísimas gracias, para el equipo nuestro, el CICAP y de la Universidad de Costa Rica es muy grato poder estar aquí para conversar con ustedes, ha sido, ya tenemos cerca de tres años de estar trabajando en él, ha sido un proyecto bastante, que ha requerido mucho detalle, lo que queremos es contar un poquito cual ha sido el desarrollo para entrar a algunos temas tal vez más específicos, recordando cual fue el objetivo que se planteó con la participación nuestra, establecer la estructura funcional y organizacional del nivel central, del ámbito central de la Caja, procurando tener mayor eficiencia y eficacia en la prestación de las tareas que se realizan en este nivel, simplificando y optimizando el uso de los recursos, orientado todo a mejorar y a agilizar la gobernanza institucional, era como el punto central de la idea de esta contratación y de este trabajo que se está realizando; y el otro aspecto era o es, que los ámbitos regionales y locales fueran fortalecidos con este proceso, porque en estos ámbitos es donde se realiza la prestación de

servicios que lleva a cabo la institución, tanto servicios de pensiones, como de salud y otros servicios complementarios. Las premisas sobre las que se partió este diseño, que fue también un proceso bastante participativo a nivel de esta Junta Directiva, fue primero que estuviera fundamentado en los mandatos constitucionales que tiene la Caja y sobre todo la autonomía plena que goza, la Institución tiene una autonomía muy particular dentro del concierto de instituciones públicas del país, considerando la prestación integral de los servicios de salud a las personas, centrándose en las personas, en este caso mediante redes de servicios, tanto de salud como de pensiones. Así como la gestión enfocada en resultados institucionales, esto requiere que se realicen procesos transversales y que se fortalezca la gestión de riesgos, también fortalecer la gestión efectiva de los servicios como decíamos en los ámbitos regional y local, transfiriéndoles capacidades de toma de decisiones y recursos en los ámbitos hospitalarios, regionales y locales, simplificación de la organización y optimización del uso de recursos, ágil gobernanza institucional, esto tenía que ver con poder definir con mayor claridad cuáles eran los roles de cada uno de los ámbitos de gestión, local, regional, la parte hospitalaria, y el nivel central, sobre todo para tener claro cuál era el flujo y la dinámica de la toma de decisiones. El otro eje, fue fortalecer el rol conductor estratégico y espacio de revisión de cuentas de la Junta Directiva y la Presidencia Ejecutiva, forzar ese ámbito que como veremos más adelante, ha estado muy saturado de asuntos administrativos, consolidar un equipo gerencial articulador de las estrategias y las acciones institucionales, una estructura funcional y organizacional del ámbito central que fuera pertinente, eficiente y eficaz en función de esos roles que se identificaron. En este caso, se pretende fortalecer el rol conductor del nivel central y trasladar las funciones de ejecución en la prestación de servicios que ha asumido el nivel central, hacia los niveles regionales y locales, también se nos pidió que articuláramos con proyectos estratégicos que ya se han venido desarrollando, como el fortalecimiento de la prestación de servicios de salud, que es el que se orienta a la gestión por redes en los servicios de salud, la gobernanza de Plan de Intervenciones Colectivas (*PIC*), los indicadores de resultados que es un proyecto con planificación, el desarrollo de nuevos modelos de recursos humanos, el EDUS y también el Enterprise Resource Planning (*ERP*), que es el sistema de gestión integral de lo administrativo-financiero de la Institución. Entonces, este proyecto debía articular sus acciones con estos otros estratégicos y después, que fuera una construcción conjunta, para que le diera viabilidad política y técnica, y conjunta nos referimos a con la Junta Directiva, especialmente, y con una comisión que se designó para el efecto. Dentro de los principales estudios que se hicieron, realizamos un diagnóstico en el que podemos referirnos a algunos temas que resaltaron, entre ellos fue muy evidente el alto nivel de especialización por hilos funcionales que tiene la Caja, hablamos de seis gerencias que son gerencias transversales a todo lo largo del país, que van desde Peñas Blancas hasta Paso Canoas y ahí tienen toda la responsabilidad de la ejecución de las tareas, en cada uno de esos hilos funcionales, fragmentación y atomización de la estructura organizativa del nivel central. Aquí solo en el nivel central estamos hablando de 379 unidades, 39 direcciones, entonces, creemos que hay un elevado nivel de fragmentación en el nivel central, procesos y sistemas de información departamentalizados y eso es fundamental, o sea, al trabajar por hitos, cada gerencia ha resuelto sus problemáticas particulares pero de manera vertical. Entonces, si me pidieran que cuál es la característica más distintiva de la problemática, es que los procesos están fragmentados y dentro de los hitos hay silos y cada uno ha resuelto sus problemáticas de procesos separados, de manera departamental y no hay un enfoque transversal, que nos permita ver cómo logramos los resultados conjuntando cada una de las unidades organizacionales y que ellas tengan claro, cuál es el aporte en ese flujo para lograr los resultados, desplazamiento de los roles de conducción del ámbito central, el ámbito central ha venido asumiendo tareas totalmente ejecutivas, si pensamos

que la instancia es *institución prestadora de servicios*, todo servicio se compone de tres etapas, etapa “ex ante”, que es la etapa donde se analiza, se diseña, se ejecutan las acciones; después, una etapa de evaluación. En este caso, la parte de ejecución de los servicios de salud y pensiones se realiza fundamentalmente en los ámbitos regionales y locales; sin embargo, estos ámbitos regionales locales no están empoderados, para poder tomar decisiones y manejar recurso y todas esas decisiones suben al nivel central. Entonces, usted ve que hay gerentes, un gerente médico resolviendo un problema que reportaron una línea allá en Paso Canoas o que hay que conectar una paja de agua en Peñas Blancas, entonces, se recargan de ese tipo de actividades. El otro es el rol político estratégico de la Junta Directiva y de la Presidencia Ejecutiva, afectado por la saturación de asunto operaciones, esto fue un planteamiento muy vehemente que vi en su momento le hicieron los miembros de la Junta Directiva del recargo en la agenda de temas operaciones y en detrimento de temas estratégicos de la Institución. Las gerencias asumen asuntos operativos de los ámbitos de prestación regional y local de los servicios como ya dije, la Caja no tiene un modelo organizacional general, hay diferentes abordajes organizativos para ver el tema de los roles regionales y locales, vamos a ver que la Caja tiene al menos tres enfoques diferentes como una organización completa para ver sus regiones y sus áreas locales, ahora lo vamos a identificar. Eso implica una gobernanza institucional confusa, porque no queda muy claro cuáles son los ámbitos de responsabilidades de toma de decisiones entre los tres niveles de gestión, o los tres ámbitos de gestión y la reestructuración, descubrimos que no puede ser de nivel central no puede ser un fin en sí mismo, sino que debe responder a un modelo de organización y de funcionamiento integral de la Institución y ahí es donde nosotros nos dedicamos más a trabajar en ese puesto (...), para poder entender qué es lo que debía hacer el nivel central, si ustedes ven este es el organigrama que estaba vigente, ese es el nivel central fundamentalmente, si ustedes ven las cajitas blancas ahí, ya habla un poquito de niveles regionales pero no los desarrolla, es fundamentalmente el nivel central. Y eso es los temas de reglamentación, desde el punto de vista presupuestario tenemos las regiones definidas de una manera, del punto de vista de manejo financiero la tenemos definida de otra manera y del punto de vista de servicios de salud están definidas también bajo otro concepto de redes. Entonces, tenemos básicamente desde un punto de vista de modelo organizacional, básicamente tres modelos organizacionales. El escenario en que nos enfocamos es un escenario donde como decíamos hay siete niveles jerárquicos, hay seis gerencias específicas que actúan de manera separada, porque las gerencias dependen de Junta Directiva, están ligadas a la Junta Directiva, tienen un mandato completo desde la Junta Directiva, hasta Paso Canoas, hasta Peñas Blancas y una serie de direcciones y áreas de salud, que se convierten en 39 direcciones pero, también, altamente fraccionadas dentro de esos hitos, y aquí tenemos el ejemplo de organización a nivel regional, las direcciones de salud, manejan hospitales regionales y hospitales, y las áreas de salud, pero estas direcciones regionales con una característica que son muy débiles, su capacidad de gestión, su ámbito para tomar decisiones está muy debilitada. La Caja había entrado a un proceso de regionalización donde se trasladaban actividades del nivel central, pero a hospitales específicos, áreas de salud específicas, es decir no es un concepto de regionalización. Aquí para esto entramos entonces a hacer un análisis de lo que debería ser la imagen, una visión organizacional y aquí le voy a pedir al doctor Mauricio Vargas que nos colabore con este tema.

Dr. Mauricio Vargas:

No, tal vez de una manera muy sencilla, diría más bien yo, muy concreta, tal vez nos parece como esencial dejar totalmente establecido o claro, que este proceso fue un trabajo que

trabajamos, valga la redundancia, de la mano con la Junta Directiva, o sea, la Junta Directiva nombró una comisión que nos acompañó en todo este proceso hasta llegar al planteamiento final, digamos que fuimos validándolo en el camino. Lógicamente, al margen del trabajo con gerencias y con direcciones, etc., pero siempre con el claro entendimiento de que la Junta Directiva es la madrina o padrino o como queramos verlo, del proceso, eso nos parece que tal vez es importante recalcarlo. Otro es que cuando nosotros entramos a revisar el planteamiento, digamos la situación actual y lo que podría ser este planteamiento de reestructuración, se hizo una revisión de todo el estado del arte, en realidad con todo, no solamente con lo que son las organizaciones que hoy el mundo está trabajando, está planteando para hacer mejor las cosas, sino también tratando de vincular esto con lo que tiene que ver con las instituciones de Seguridad Social. Entonces, por ejemplo, pensamos toda la realidad que es la de los países pioneros en materia de Seguridad Social en el mundo, tratando de ver éxitos y fracasos para tratar de lo que lleváramos a plantear pues finalmente respondiera a lo que se conoce como exitoso en esta materia. Lo otro es que en ese mismo marco parte de lo que, prácticamente, todos los sistemas públicos de salud del mundo uno los encuentra divididos en niveles, tres niveles, digamos en esto no hay ningún secreto y la Caja no es la excepción. En realidad, la Caja tiene tres niveles de gestión y tres niveles de atención, entonces, desde ese punto de vista en realidad uno cuando ve lo que pasa en el resto de los modelos de salud, los sistemas de salud y de seguridad social, uno se encuentra que esa es la realidad que tiene, el tema que nos parece que es esencial es definir de manera precisa, cuáles son los roles que deben cumplir esos niveles porque como decía Roberto, lo que nos encontramos es que hay un nivel central de la Caja que hace cosas que en la buena teoría y en las buenas prácticas, en términos de diseño organizacional, les corresponde hacer a los niveles regionales y locales y lo hacen de una manera fragmentada. Eso es parte de lo que se evidenció y no lo evidenciamos nosotros, en realidad esto ya estaba evidenciado desde hace bastante tiempo con diversos estudios que había hecho la Institución. Nosotros lo que hicimos fue sistematizarlo y lógicamente pues también enfatizarlo como parte del proceso que nosotros desarrollamos ya propiamente como equipo de trabajo, entonces en ese marco es que nos encontramos que, y esto me parece también que es como muy importante decirlo, a nosotros los términos de referencia es que le entráramos a un planteamiento reestructuración del nivel central de la Caja, pero resulta que el nivel central de la Caja no funciona en el vacío, el nivel central de la Caja funciona en razón de la esencia de la Institución, que es la prestación de servicios de salud en el marco de los dos programas que tiene, de los dos negocios para decirlo claramente, que son salud y pensión. Entonces, el nivel central tiene que funcionar en razón de que realmente la prestación de los servicios de salud sean primero los más correctos en términos de calidad de la prestación del servicio, pero sean eficientes, sean eficaces, etc. Entonces el nivel central tiene un rol básicamente político-normativo, es el gran orientador, pero a la vez norma de cómo se debieran realizar las cosas en los otros niveles, y por eso en el mismo marco nosotros conjuntamente con la Junta Directiva, hay un acuerdo en Junta Directiva que así lo avala, tuvimos que imaginarnos a toda la Institución, fue imaginarnos un nivel central aislado del resto de la organización, funcionamiento y la dinámica institucional como un todo. Entonces, el nivel central que se plantea está en razón de esto que estamos llamando imagen objetivo, que ustedes lo encuentran en todos los documentos que nosotros trabajamos, o sea, realmente lo que buscamos o lo que planteamos es que el nivel central tiene que responder a una imagen-objetivo, en términos de eficiencia, calidad, servicio, cercano al usuario y podríamos decir, que tal vez no es el término más correcto, más, que permita realmente entregarlo en una visión más humana; Entonces, esto nos parece que es muy importante decirlo, el nivel central que nosotros nos imaginamos conjuntamente con la gente de Junta Directiva que nos acompañó y con todos los que nos

acompañaron, es un nivel central que está en función de ese servicio que la Institución requiere prestar. Entonces, por eso es que amarramos, como decía Roberto, amarramos también con los otros proyectos estratégicos que tiene la Caja, en cuenta enfatizando sobre todo el proyecto de fortalecimiento de las prestaciones de servicios de salud, que plantea un modelo regionalizado, o sea, finalmente lo que nosotros planteamos es que en este imagen-objetivo, es que el nivel central tiene que responder a un modelo desconcentrado y eso es parte de lo que uno se encuentra en todos los sistemas públicos de salud en el mundo, en realidad los sistemas públicos de salud en el mundo, exitosos, son modelos desconcentrados por naturaleza, porque es lo que permite el acercamiento del servicio a la gente, lo que pasa y yo creo que en eso estamos totalmente claros, la Institución desarrolló un planteamiento de desconcentración amparado en una ley en algún momento, pero todos sabemos que finalmente esto no tuvo el éxito que debió hacer tenido, no porque la desconcentración en su esencia, no sea el instrumento correcto, sino no se concretó con éxito simple y sencillamente, porque se desconcentraron unidades que, finalmente, lo que hizo fue desarticular más la Institución. Entonces, nos encontramos hospitales desconcentrados pero desvinculados de la red, por ejemplo, de áreas de salud, mejor dicho las áreas de salud no articuladas con los hospitales, igual nos encontramos áreas de salud desconcentradas que no están articuladas, casualmente, porque se consideraron que eran prácticamente no autónomos, pero sí vienen en el marco de la realidad institucional que funcionaban de una manera desconectada, por decirlo de alguna manera, del resto de los establecimientos, que debieran estar conformando una red. Entonces, en el marco lo que plantea el modelo de prestación de servicios, lo cual nosotros lógicamente nos parece que es lo correcto, lo que decimos es que la Institución tiene que pasar a un modelo de desconcentración pero en redes de servicios. Entonces, esto lo que permitiría es que existiese, como lo plantea el modelo de prestación de servicios, en el nivel regional a nivel de regiones, las que defina la Institución, en el nivel regional existan instancias de gestión regional que permitan la articulación no solamente de la gestión, sino de la atención. Entonces, el planteamiento pasa por ahí, entonces, tal vez nada más para enfatizar y aquí acabo yo, de lo que se trata es de que digamos que estemos totalmente claros que el planteamiento del nivel central, de la incorporación del nivel central está amparado en una imagen-objetivo que, básicamente, lo que hace es propiciar la desconcentración para tratar de acercar de la mejor manera posible el servicio a la población asegurada, tuvimos que trabajar o imaginarnos lo que debía decidir hacerse en el nivel general, lo que debe hacerse en el nivel regional y en el nivel local, para poder imaginarnos correctamente el nivel central, porque el nivel central, no podía ser sujeto o no debe ser sujeto de un proceso de reestructuración aislado de lo que es esa razón de ser institucional y que nosotros decimos que debe ser desconcentrada, por eso es que decimos que es muy importante que la Institución continúe con el proceso, o sea, que finalmente termine de amarrar los niveles regionales y locales en esa visión de red que debiera tener, básicamente es eso lo que queríamos compartir.

Lic. Roberto Guillén:

Con el fin de darle forma a este objetivo tenemos más centrales que las prestaciones de servicios estén más integradas a nivel local, para que tengan más facilidad de acceso a la gama de servicios que presta la institución, las direcciones regionales con capacidad operativa, de gestión, de manejo de recursos para resolver los problemas que se generan durante la prestación de los servicios. Ahora, si tenían que ir a pedir autorizaciones para arriba, y un nivel central que lo que hace es normalizar, normar cuál debe ser el servicio y normar cómo se hace en el resto del país, pero que en la ejecución al realizarse en los niveles regionales, este nivel tenga la capacidad de

evaluar qué se está haciendo, si se está haciendo de acuerdo con esa normativa. Y una gerencia general que amarre la parte de gestión, la articule y eso es fundamentalmente el modelo que podemos durar más explicándolo, pero no tenemos chance, para eso había que definir, o hay que definir muy claramente cuáles son los procesos transversales, entonces, se hizo un esfuerzo enorme en ese sentido.

Director Devandas Brenes:

A mí me parece que esa primera parte es muy importante, todo es muy importante, pero esto, porque nosotros tenemos que uno va a San Carlos o a cualquier lado. Entonces, a la gente, le dicen vaya a la Caja y resuelva esto, en el hospital o donde fuera, vaya a la Caja. Porque la Caja es la sucursal, los compañeros nuestros dicen vaya a la Caja y entonces, lo que hemos encontrado es, que esos hitos que hay aquí se reproducen allá, entonces, lo ideal es avanzar hacia un jefe de la Caja, que coordine todo, pero entonces creció separado, la sucursal está por allá, el hospital, incluso, entre la misma red hay deficiencias en el tema directivo regional hay enredos. Entonces, esa visión objetivo que los compañeros de CICAP le llevaron a la Junta Directiva, es una visión objetivo, hay que mover fuerte y efectivamente está vinculado al proyecto que nos van a explicar del modelo de atención que ahí vendrá una discusión en algún momento muy fuerte sobre las redes de servicios, las direcciones regionales, incluso, así estamos aprovechando mejor todos los recursos humanos, profesionales que tenemos en esas zonas, en esas áreas, pero es muy importante destacar esto, o sea el trabajo de aquí no se puede ver sin lo que pasa en todo el país, porque si no quedaríamos como descolgados, eso que creo que era, perdone que interrumpiera su exposición, pero era para destacar un poquito eso.

Director Steinvorth Steffen:

¿Las regiones cómo tales quedaron bien definidas?

Director Devandas Brenes:

Christian, es que eso está vinculado, precisamente, ahora después de ellos, al fortalecimiento del modelo de atención que se está empezando a aplicar o se aplicó allá en la Huetar Atlántica, ese proyecto como uno de sus coronarios, trae que en algún momento esta Junta Directiva va a tener que apretarles la discusión de redes, si son tres hospitales cabeza de red, si hay más redes o hay menos, cómo se manejan las direcciones regionales, esa discusión, porque el país, incluso, políticamente decir en cuanto a cambios poblacionales se ha movido mucho y ahí sigue habiendo una estructura que no necesariamente corresponde con todos esos cambios que se hablaron.

Lic. Roberto Guillén:

Para eso hubo que, la Institución ya con un enfoque transversal, trabajando los procesos visionares, los procesos de soporte y los procesos de conducción, entendiendo que la mayor parte de los procesos de conducción le corresponden al nivel central y muchos de los procesos de soporte, pero en cierto nivel, es decir, no todo el soporte se puede hacer en el nivel central, sino que la mayor parte del soporte cuando se está resolviendo el problema de servicio, debe estar en los niveles regionales, a partir del estudio de esos procesos, comenzamos con el diseño de escenarios. Entonces, el tema es que se hicieron una serie de propuestas de organización, con

base en diferentes escenarios, por ejemplo el primer escenario fue si se dividía o no en dos la Caja, la Caja en servicios de salud y la Caja en servicios de pensiones, cada uno con todos sus procesos de normalización, de evaluación y su cuota administrativa, cada uno podía ser como una institución que tuviera capacidades tanto de diseñar sus procesos como de soporte administrativo, la otra opción fue, hablemos de dos, gerencias sustantivas que son las que generan sus servicios y una gerencia que le da soporte administrativo al accionar de esos dos, el principal reto de la parte que nosotros llamamos soporte administrativo, es la sincronización de los recursos, es decir lograr que los cinco recursos básicos estén en el momento que requieran los procesos sustantivos, tanto a nivel macro de la Institución, como en la prestación de los servicios que se hacen en las regiones. Entonces, ese soporte debe estar en el nivel regional cuando estamos hablando de prestación de servicios, esto tenía el tema del marco de legalidad, si eran tres o dos gerencias que se estuvo analizando mucho. Ahora vamos a conversar dentro de ese análisis de modelos, por ejemplo, partimos de la situación actual, hicimos, vea que aquí el eje es de menos cambio a más cambio, presentamos una propuesta que es la que está allá donde se plantea una gerencia articuladora, en realidad no se presenta una gerencia, se presenta un cuerpo gerencial articulador, que no sea un silo, sino un cuerpo gerencial más vertical entre ellos, que vean una serie de temáticas, pero básicamente son dos gerencias sustantivas y una gerencia de apoyo, esa fue la inicial, la propuesta inicial y en el camino se analizaron una serie de escenarios intermedios, se dio un proceso luego del cambio de Presidencia Ejecutiva, se dio un proceso muy amplio de discusión con diferentes grupos de la Institución y las gerencias, acerca de la viabilidad del modelo propuesto, al final discusiones, se llevó a Junta Directiva, se trabajó con Junta Directiva y se escogió lo que llamamos el escenario dos, que es el que vamos a presentar, que este es el escenario donde se vio más viabilidad, como le digo, producto de talleres de trabajo que se hicieron por varios meses, donde se realimentó con las respectivas, las observaciones de los gerentes, de grupos internos de la organización y se llegó a este planteamiento. Básicamente, la figura de la gerencia general que fue muy discutida, la relación entre gerente general y Presidencia Ejecutiva, cuáles eran los roles, una Presidencia Ejecutiva que además es presidente de la Junta pero, también, tiene una función gerencial. El papel gerencial como articulador de la gestión a través de un equipo que articula áreas, pero que no tiene la sobrecarga de lo que vemos ahora como gerencias, o sea, no podemos compararlos con la naturaleza de las gerencias actuales, que son totalmente verticales a lo largo del país, sino que son gerencias cuyo principal razón de ser es la articulación, es la normalización, la evaluación donde se requiere un trabajo, un desarrollo del nivel regional donde esas gerencias van a tener, esas áreas gerenciales van a tener su propia estructura, es decir, lo que hablábamos, en la región Atlántica, lo que necesitamos son gerentes de la región Atlántica que puedan administrar los servicios, de salud, de pensiones, de prestaciones y articulen mediante las redes la prestación de servicios y también la articulación con los hospitales nacionales y los centros especializados. Entonces, al asumir los niveles regionales mayor capacidad de tomar decisiones y de gestión, ya la figura de gerente como la conocemos ahora desaparece, es decir aparece una figura más articuladora, que ya no tendría la sobrecarga de trabajo operativo que se tiene actualmente, entonces estamos hablando de un equipo.

Director Salas Chaves:

La que sigue hacia adelante, ahí aparece la Dirección de análisis actuarial en salud, bajo la Gerencia del seguro de salud y me parece que ya habíamos discutido que esa dirección debería estar en una sola que fuera de salud y pensiones, porque van ligadísimas, además porque es

conveniente, porque resulta que no se cuenta en el país con actuarios así como para, como de tres por cinco, no hay, es una de las cosas que hemos hablado, de la necesidad de mandar a formar, inclusive, más gente en ese campo, porque los seguros y al estar en una institución de seguros, que me parece que no se puede perder de vista en ningún momento, si fuera el Instituto Costarricense de Electricidad (ICE), probablemente, sería otra cosa, las represas y yo qué sé, pero aquí es el tema de seguros y el tema de seguros se basa en los estudios actuariales. Los estudios actuariales que es una mezcla ahí de demografía, estadística y toda esta cosa y matemáticas y economía, eso debería estar, según lo habíamos hablado, bajo la Presidencia Ejecutiva, ya y que además estuviera integrado con pensiones. Quería hacer solo esa observación, porque en este instante en que está la economía como está, estamos en un momento difícil, es cuando los actuarios tienen que afinar más aún más las decisiones que esta Junta debe tomar, con respecto de todo tipo de cotización o no, son decisiones muy grandes, muy fuertes.

Dra. Li Vargas:

Eso sí lo habíamos retomado doctor, incluso eso lo conversamos en la sesión del 20 de octubre, pero ellos tienen la que fue aprobada en Junta Directiva, esa es la propuesta al escenario dos, como nos corresponde en la fase de transición hacer el trabajo del reacomodo de los recursos. Ellos tienen esa porque esa fue la que ellos propusieron y esa fue la que se aprobó el 21 de diciembre del 2017, a nosotros nos corresponde internamente, ahora en la fase de transición, hacer esos ajustes que ustedes han solicitado.

Lic. Roberto Guillén:

También que esto, la propuesta de diseño es diferente, sin embargo esta decisión la tomó la Junta Directiva, a raíz de informe sobre pensiones, un estudio que había hecho la Universidad de Costa Rica y que promovió que se separaran más bien el tema de la actuación, que le diera más fortaleza y entonces en ese momento, ese escenario, la misma Junta Directiva consideró que era importante que se fortaleciera y que una no tragara la otra, finalmente los estudios de procesos terminaban tragándose los estudios de salud, en todo caso aunque hubo desarrollos separados sí tenía que haber una unidad, que nosotros consideramos que debe estar al menos a nivel gerencial, con los estudios actuariales, con los estudios económicos y con los estudios financieros, entonces una unidad podemos llamarla de inteligencia en ese sentido, de análisis donde mezcle o compile lo actuarial, lo económico y lo financiero de la Institución a nivel central. Yo sé que la parte de actuarial es complicada, porque como decíamos no se considera actuario así no más, pero la propuesta en ese momento fue más bien que era una manera de fortalecer los ámbitos actuariales, así lo vio la Junta Directiva en su momento, como le digo está el escenario dos, un escenario de consenso en ese momento.

Directora Solís Umaña:

Es que también estoy viendo las acciones de planificación, una que depende directamente de la Gerencia General y otra que está en la Gerencia de Salud. Volvemos a lo mismo que estamos hablando antes, es como desmembrar otra vez la Institución en pedacitos por todo lado y lo que queremos es una integración de todas las gerencias.

Lic. Roberto Guillén:

Ese tema es importante, tal vez lo podemos aclarar, es un tema de nombre, que ya doña Julia nos dejó un correo, hay que variarlo el tema, porque ahí, más que planificación es qué está pasando, cual es el estado en el tema de la salud, es una dirección que está analizando hacia dónde va el enfoque de salud, no sé si Mauricio nos puede comentar un poquito más ese tema, pueda ampliarlo, sé que el nombre sí puede estar generando un poco de confusión, que ya nos había planteado.

Dr. Mauricio Vargas:

No, digamos en principio lo que se vio es que tiene que existir una dirección de planificación institucional, o sea que finalmente sea la que oriente, a ver porque el tema de planificación lo que tiene que quedar claro es que parte de los errores que se han cometido es que se ven como unidades que existen por sí mismas, cuando en realidad la planificación es una función gerencial, entonces en realidad la planificación tiene que estar acompañando de una Gerencia General o de una Presidencia Ejecutiva en la visión institucional, pero en materia de salud por las características que tiene, que finalmente pasa por todo el tema de análisis de situación de salud, de proyecciones de servicios de salud, de equipamiento, hay una identidad que finalmente es necesario verlo en el marco de lo que es propiamente el seguro de salud, pero finalmente eso es parte de las decisiones que tiene que tomar la Institución, pero lo que sí queda claro es que, y yo creo que esto debiéramos tener como caridad también, es que la parte propiamente del seguro de salud en término de recursos, de todo punto de vista, en lo financiero, en el recurso humano, digámoslo claramente, prácticamente toda la logística institucional funciona y la infraestructura institucional funciona en razón del seguro de salud, o sea hay una enorme cantidad de recursos ahí, que necesitan tener desde el punto de vista de la planificación, una identidad propia, igual lo discutíamos en ciertos momentos, que por ejemplo un hospital es diseñado por la Gerencia de Infraestructura y esto sin decir que, cuando en realidad un hospital responde a un modelo de salud, debiera nacer en el Seguro de Salud y que la Gerencia de Infraestructura lo diseñe y lo construya, pero en ese marco es que se veía el tema de la planificación en el seguro de salud con una identidad muy clara, en ese sentido; lógicamente no desvinculada de la visión en ese marco es que se veía el tema de la planificación y del seguro de salud, con una identidad muy clara en ese sentido, lógicamente no desvinculada de la visión institucional de la planificación porque finalmente los que orientan es la Alta Gerencia, sea a nivel de Presidencia Ejecutiva y sea a nivel de la Gerencia General, pero en ese marco es que se ve.

Lic. Hernández Castañeda:

Pero la Dirección Actuarial debe ser institucional, debe ser centralizada por economía de recursos, el doctor lo mencionaba, no hay actuarios, y la formación de un actuario, es de alto costo, es sumamente difícil, a lo largo de los años nosotros lo hemos podido observar en la institución, la gran dificultad de la formación de los actuarios, eso por un lado, por la economicidad de recursos, la formación de los recursos, pero por otro lado, porque el origen de la planificación actuarial y económica en ambos seguros, es la misma, es un país, con un comportamiento económico, macroeconómico, un empleo, una tasa de desempleo, las variables económicas, son las mismas para los dos seguros, cuál es la diferencia, de que la proyección en el seguro de salud obedece a una cuota obrera-patronal que es un determinado número, en el

régimen de pensiones, ese número es distinto, entonces vamos a desaprovechar una gran cantidad de información, una metodología, para poder hacer las proyecciones económico financieras en ambos seguros, de manera que yo no le veo sentido el manejarlo separado, es duplicar recursos, es duplicar esfuerzos y es duplicar las bases metodológicas de las proyecciones que se van a realizar. Y en el lado de la planificación que comentaba la doctora, yo también comparto, la planificación tiene que ser institucional y es más que todo en salud, porque en el seguro de pensiones es una planificación económica, ¿qué es lo que vas a planear? Lo que vas a planear son los ingresos y los gastos, en pensiones, porque parte de la estructura, es una estructura muy pequeña, es una estructura mínima, qué estructura vamos a planear ahí, qué organización vamos a planear ahí, qué funciones vamos a planear ahí, prácticamente están definidas en el trámite de las pensiones de invalidez, vejez, la calificación médica, de manera que la planificación más que todo es en la parte de salud, ahí sí es muy relevante y muy importante y puede limitarse, en lo que es el régimen de pensiones, a una planificación económica. Y luego Mauricio, yo comparto con vos y quisiera resaltarlo, porque ha sido una discusión fuerte acá en Junta, ahora la doctora lo planteaba, el tema de la desconcentración, nosotros tuvimos mucho que ver en esto, hicimos muchos informes de auditoría, al final la Junta Directiva tomó una decisión con base en informes de Auditoría y la Contraloría, yo comparto la posición que ahora externaste, yo quiero resaltarla, en desconcentración, el error fue habernos ido a las unidades y no habernos ido a la red y a las funciones y eso es lo que hay que discutir, qué es lo que vamos a desconcentrar desde el punto de vista de funciones y me parece que en el planteamiento que ahora hiciste es muy claro y yo creo que es por ahí donde debe irse la institución y volver otra vez a la desconcentración, pero funcional y en red.

Lic. Roberto Guillén:

(...) Deben tener un perfil gerencial, es decir los directores son quienes tienen la especialización de las áreas, es decir estamos hablando que la Dirección de Aprovisionamiento de Bienes y Servicios es una unidad especializada, una dirección especializada, la persona que ejerza ese puesto de gestión debe tener un perfil gerencial, debe tener la capacidad de resolver, orientar la toma de decisiones dentro su ámbito de especialización, mientras que los gerentes lo que tienen que tener es la capacidad de poder articular los recursos e identificar las necesidades de las áreas sustantivas, poder llevar a cabo los procesos de manera conjunta, articulada y poder también generar una integración de esos servicios, pero no necesariamente tiene que ser que se estén ejecutando los servicios, ¿me explico? No necesariamente tiene que ser especialista, sobre todo estamos hablando del área de soporte administrativo, el tema es que nosotros inicialmente, la primera propuesta que se planteó fue hacer una sola Dirección Administrativa Financiera, y que esa dirección administrara todos los recursos fundamentales, el acuerdo fue, lo que acordó la Junta fue hacer dos grandes áreas de soporte, la parte de soporte de recursos físicos, llamémosle infraestructura y equipo y la parte de los recursos que son más fundamentales en cuanto a que son más permanentes en la Institución, que son la parte financiera y la parte de recursos humanos, básicamente ese fue el modelo que se presentó, con la salvedad de que durante el proceso de implementación se pueden ir haciendo ajustes, ajustes específicos para ir adaptándolo a ciertas realidades. Básicamente es la presentación, tratamos de hacerla lo más corta posible para dar chance de dudas y preguntas.

Directora Abarca Jiménez:

Buenas tardes, ahí debajo de la Gerencia Administrativa Financiera veo una cajita que dice gestión de ingresos y debajo de la Gerencia General hay otra cajita que dice conducción de aseguramiento, ¿eso no es como parte de lo mismo?

Lic. Roberto Guillén:

Es que si el aseguramiento, la conducción, digamos qué es el aseguramiento, de acuerdo con don Mario, entramos en discusiones muy fuertes de qué es el aseguramiento, hasta se hablaba que era una tercera línea de acción de la Institución, aquí es definir la normalización de la parte conceptual, la normalización, más formas de asegurarse el análisis, mientras que ya la parte operativa básicamente de inspección y cobros, que mucha de esa parte se estará haciendo o se estaría haciendo en las regiones, no sé si alguien quiere ampliar un poquito más.

Directora Abarca Jiménez:

Sí, no, no entendí muy bien.

Director Devandas Brenes:

Discutiendo hoy en la mañana. Yo creo que en algún momento de la historia aseguramiento va a ser una gerencia, porque entonces usted tiene las tres fundamentales, aseguramiento que es el que cobra y busca todo el aseguramiento y las dos que prestan los servicios, salud y pensiones, y las de apoyo; porque aquí digamos el tema es que eso lo maneja hasta ahora la Gerencia Financiera, todo lo que es el aseguramiento, pero eso, es mi punto de vista y creo que en alguna medida hemos coincidido, debilita bastante el trabajo de pensamiento y de análisis de la Gerencia Financiera, porque hay una gran cantidad de elementos que le convocan a la actividad, digamos la Gerencia Financiera dirige inspección, dirige las sucursales, dirige la contabilidad, la tesorería, arreglos de pagos, no sé si se me quedan otras, entonces es la idea de que esa gerencia, sobre todo la Gerencia Financiera contribuya mucho al análisis estratégico, a ese tema, esto que vimos hoy, el plan presupuesto y quitarle en la medida de lo posible, cuestiones muy operativas, pero todavía como que no están maduras las condiciones como para plantear una Gerencia de aseguramiento, que me parece a mí que algún día va a tener que llegar a ser, pero eso es un poco lo que hemos estado discutiendo con los compañeros de la CICAP y del equipo.

Director Salas Chaves:

En la misma línea a mí me parece que estando en una institución de seguros, aseguramiento se vuelve fundamental, pero no por los cobros, eso lo hará una división ahí como ustedes lo pusieron, sino por la definición del tipo de seguro que tienen los costarricenses, a lo largo y ancho del territorio nacional. Resulta que tiene que ser una dirección con capacidad de ser interlocutor con seguros privados, por ejemplo, con proveedores de seguros privados, aseguradoras internacionales, etc., porque no todo el mundo estará metido aquí como está pasando en este momento. Ustedes han visto que hay toda una capa ahora importantísima gerencial, de todas las empresas del exterior que vienen aquí y que están en el Coyoil y en todas partes, que vienen con seguros privados, pero que cuando van a Samara y pegan un tropiezo, se quiebran la pata ahí,

entonces va para el hospital La Anexión y resulta que a estas alturas no sabemos, usted llega con la pierna quebrada y en el Hospital La Anexión no saben qué hacer, es decir, le toman la placa, le toman lo otro y una vez que terminó, cuánto es, yo no sé, deme lo que (...) en ninguna parte de la tierra ocurre eso, porque lo primero que existe es una oficina donde usted me enseña todos sus papelitos, todos, como cuando yo voy a Estados Unidos y me pasa algo, antes de que me pongan en rayos X me sacan los papelitos, bueno esa, esa comunicación. Vea el INS como lo tiene en este momento, que ha crecido en el campo de los seguros privados y todo lo demás, el INS tiene, uno viaja por el mundo entero y tiene oficinas, sedes, en todo el planeta donde uno puede llamar, si está en Europa estos teléfonos, si está en Estados Unidos estos teléfonos, porque ocurren los accidentes en todas partes, entonces, esa oficina de aseguramiento es una oficina de inteligencia, de pura inteligencia, la inteligencia como la militar igual, en el sentido de que pueda definir además otro aspecto que es esencial, que es qué es ser un asegurado directo, qué es ser un asegurado familiar o dependiente, qué es ser un voluntario y ahí tienen un broncón, con solo eso que he dicho es suficiente para imaginar la bronca que hay entre las personas que están en este momento aseguradas independientes y aquí lo hemos discutido muchas veces, y que resulta que la empresita funcionó y empezó a crecer y ya dejó de ser independiente, porque entonces ya soy un asegurado directo, entonces tengo otra categoría, se me reporta en la planilla, etc. El otro era un asegurado independiente o yo estoy en un voluntario y resulta que la fábrica de toronjas rellenas, se puso buenísima y entonces creció y creció y resulta que no, que ya es una empresa y bueno, quién es el que define todo eso, y es tan, tan, tan trascendental que entonces hoy la gente trabaja medias jornadas y aquí no hay dios posible que entienda que la gente trabaja medias jornadas, o las trabaja entera o no la trabaja. Entonces resulta que uno no puede asegurar a una persona de medio tiempo porque es imposible, violatoria de todos los reglamentos, bueno, o trabaja tres tardes, o el teletrabajo. Entonces, es una oficina de inteligencia dentro de la seguridad social sin la menor duda, entonces, debe estar continuamente revisando, porque esto cambia a la velocidad del rayo, porque resulta que si queremos seguir siendo un país insertado en el mundo actual, ahora resulta que, vean el ejemplo, los embajadores, los de Costa Rica, que antes tenían un seguro privado, ahora resulta que una condena de la Sala Cuarta obliga a la Caja a asegurarlos donde vivan, ese es un tema de aseguramiento, así de especializado, entonces me parece que sí es trascendental. Y por supuesto todo lo que deriva de ello, todos los cobros y las cosas, que eso estaría mucho más allá en la parte financiera. Ahora, aquí, para terminar con eso, yo tengo mis serias dudas de que esos dos solos puedan hacerse cargo de la situación actual, en este instante así está y si uno conversa, y hemos conversado con los gerentes y nos dicen, ya no puedo más, no puedo más, o nos crean una subgerencia o dos subgerencias y nos hacemos cargo de eso, o ya no podemos más, porque resulta que hay áreas que están en crisis, que eso es un problema coyuntural digamos, que podía ser que corresponda en este momento, pero por ejemplo, todo lo que es logística, en logística ya hay señalamientos concretos de la Auditoría Interna, de la Auditoría Externa, señalando claramente de que hay un problema, un vacío enorme gerencial en cifras multimillonarias, no solo de medicamentos, sino de todos los tipos increíbles imaginables de tornillos, ayer estábamos, el viernes en San Carlos, y nos decía el ortopedista, se necesita que la empresa tenga en San Carlos un muchacho con los diez mil tornillos y tuercas y placas diferentes, que existen para las fracturas que se presentan, porque entonces tienen que llevar un inventario y al final de la cirugía hacer una factura por lo consumido, y eso es lo que finalmente viene aquí, y así va a continuar, si yo pongo más ejemplos de marcapasos y todo lo que se está utilizando en este momento, de enorme valor, que si además fuera una cosa, una curita, pero resulta que es de enorme valor, que eso quedara solo, ahora la historia lamentablemente nuestra de la Caja y don Jorge aquí me ayuda un poco, porque él es conocedor profundo de eso, ha sido

trágica en el tema de logística, no la hemos visto nunca, nunca, porque entonces modelos, ideas, esto, el otro, todo mundo trajo una idea y resulta que es como pensar en una pulpería, pero lo que tiene es el almacén de la Caja, no le funciona, no le funciona, entonces ahí yo tengo una angustia importante porque continúan señalándonos continuamente ese vacío. Y el otro elemento en una institución de servicio público directo a la atención a las personas, yo no puedo imaginar la Dirección de Recursos Humanos tan llevada por allá, cuando recursos humanos, esto es como si fuera el Ministerio de Educación, son puros maestros, aunque no vayan a trabajar, son puros maestros, profesores y todo lo demás, eso es lo que es el Ministerio de Educación, en el caso nuestro eso es lo que somos, médicos, enfermeras, odontólogos, cincuenta y siete mil en ocho horas, y todo lo que sigue ahí para arriba en menos tiempo, en fracciones de jornada, porque yo me pongo a pensar, ese lío, esa queja nacional del mal trato, de dónde viene, qué es lo que pasa, se han hecho campañas por todas partes. Entonces, resulta que no, que no es el médico, que no es el médico siempre, que parece que el perro de traba está en otro lado, qué pasa, qué es lo que pasa. Yo lo que siento es que nos hemos vuelto muy automatizados en contratar gente y a pesar del Equipo Interdisciplinario de Selección (EIS) y los exámenes que hay especializados y todo lo demás. Lo que sale no es lo que uno esperaría que fuera, como que queda a nivel casi individual, personal de cada jefatura de un hospital, un director de hospital o de un servicio, inducir a todo su personal al buen trato, cómo es posible que fuimos condenados por la Defensoría de los Habitantes por mal trato en Obstetricia. En Obstetricia, concretamente en el momento del parto, mal trato, o sea, cuando debería ser un fiestón aquella cosa, una alegría enorme y resulta que la gente sale maltratada. Entonces, uno dice bueno qué falta, qué está pasando, pareciera que no fuéramos costarricenses todos, ahí hay gente rarísima, que se desquita con el enfermo, algo pasa, no sé, entonces uno dice Dirección del Talento Humano y la dirección no sé, en un lugar donde va a estar, muy importante la financiera, los temas financieros, más si la crisis continúa y no aprueban el paquete fiscal, yo quiero saber a dónde va a ir a dar el talento humano, porque entonces la preocupación va a ser sostener la situación, y no ellos, ellos han venido aquí un montón de veces y nos han contado que tienen que digitar mensualmente a mano, las acciones de personal del personal interino, que andan alrededor de cuarenta mil boletas por mes, para que a la gente les paguen, porque son acciones que trabajó el fin de semana, el viernes, solo el domingo, bueno hay que pagarlo en el siguiente. Entonces, me queda ahí la gran preocupación de que esas dos agrupaciones que ustedes presentan resuelvan las necesidades actuales, esa es mi preocupación.

Lic. Roberto Guillén:

Yo entiendo que esa es la gran pregunta. Se quisiera ir, el tema es el detalle de la hora, mientras las regiones no tengan las capacidades, las gerencias actuales tienen que seguir asumiendo esa tarea, entonces, tiene que ir a un proceso de fortalecimiento paulatino a los niveles regionales, pero si no lo hacemos nunca, o sea, es como qué es primero el huevo o la gallina, necesitamos fortalecer los niveles regionales, para que entonces sí puedan hacer procesos de desarrollo humano, puedan asumir responsabilidades. Todos esos trámites que ahora hacen aquí que llenan, eso debería estar en el nivel regional y en los niveles locales, cuando uno ve las mejores prácticas de las instituciones de este país y de otro lado, incluso, las mismas transnacionales, que por volumen, que por deslocalización, son desconcentradas, pero una desconcentración que obedece a que los niveles centrales son niveles de inteligencia, es decir, en el nivel central está la inteligencia, el diseño, el analizar hacia dónde se debe ir, cuál es el estado del arte, buscamos eso en normativas, la autorización y eso sí capacitemos a la gente, empoderémoslos, démosle

capacidades, competencias para que se puedan desarrollar donde se prestan los servicios y, luego, evaluamos cómo se está haciendo para mejorar los procesos. Entonces, esa es la idea del nivel central, pero mientras tengamos los niveles regionales y centrales como están actualmente, ni de gerencias resuelven problemáticas. Y el tema de compras no es exclusivo de la Caja, esa problemática ha sido en general de la administración pública nacional, digamos el talón de Aquiles, el tema de las compras, las que mejor han resuelto su problema son las instituciones que han regionalizado de verdad, con fuerza, con capacidades los procesos de compra y se queda a nivel central, aquello que realmente por economía de escala, vale la pena, entonces usted tiene aquí gente que resuelve unos cuantos procesos licitatorios, muy complejos de alto nivel, pero el 80% de las compras se hacen a nivel global. La legislación fomenta eso, porque la legislación que se generó con la regionalización del país en los años ochenta y que da pie la legislación relacionada con la contratación administrativa, fomenta el desarrollo nacional a través de la desconcentración de las instituciones públicas en regiones, entonces les otorga capacidades para comprar y adquirir sin llegar a conceptualizar que es un fraccionamiento, entonces compras de equipo, compras, que es el 80% de las compras se pueden hacer a nivel de Caja y eso le quitaría una gran carga, entonces el tema es cómo fortalecer esos niveles regionales para poder ir pasando responsabilidades, ahora eso no es un proceso de la noche a la mañana, no es como elaborar un puente, eso tiene que ser un proceso paulatino, entonces hay que hablar de un proceso de transición hacia algún modelo, consideramos nosotros qué modelo de regionalización es importante y presenta una solución que las mejores prácticas de las instituciones que lo han logrado manejar nos dicen que es conveniente.

Lic. Hernández Castañeda:

Es muy relevante, debe darse la discusión, porque aquí se está definiendo el futuro de la Institución y ya que están los consultores que están desarrollando este proyecto, me parece que es importante analizar el tema, discutirlo y debatirlo, inclusive escuchar las posiciones que sean contrarias de parte de algún miembro de la Junta Directiva o de algunos miembros de la Junta Directiva, yo soy partidario, tal como lo plantea el doctor, y lo he dicho en sesiones anteriores, el tema de recursos humanos, el doctor lo acaba de decir, la Caja son cincuenta y siete mil funcionarios, y entre más bajemos de nivel, esto va a ser mucho más operativo y no es lo que requiere la Institución como usted lo plantea doctor, tenemos un problema de formación y la Junta Directiva lo reconoce, la formación de especialidades en el campo médico y no hablemos en las tecnologías médicas o en la misma formación administrativa en los diferentes campos. Entonces necesitamos un liderazgo, yo en alguna oportunidad mencionaba acá que una funcionaria de la Auditoría que se fue de acá, hoy en día es vicepresidente de la Fuller a nivel de América Latina en el tema de recursos humanos, vicepresidenta, y yo no creo que la Fuller tenga más funcionarios que nosotros, y más funciones tan complejas como las nuestras, que son diversas en el tema de pensiones y en el tema de salud, y en salud de prevención a todo lo que es cirugía compleja, como cuidados intensivos, como ortopedia infantil, como prematuros, como neonatos, o como adultos mayores, es tan complejo. Entonces, necesitamos un liderazgo muy fuerte, y ahí el problema que estamos viviendo en cuanto a la formación, de manera que a mí no me preocupa que nosotros tengamos un gerente, yo lo he manifestado acá. Me parece que debe discutirse esto, hay que darle una mayor relevancia al tema únicamente de recursos humanos, pero igual al tema de logística, usted doctor lo comentó muy bien, es un problema que aquí es añejo, es viejo, y no hemos podido resolver el problema de los almacenes, ni la construcción de los nuevos almacenes, y esto se ha discutido en Junta Directiva una y otra vez, por la contratación

de los almacenes se ha puesto plazos y no hemos podido resolver, pero no solo hablemos de infraestructura, hablemos de todo lo que está detrás del manejo de los almacenes, el tema de medicamentos, la Caja es, como usted lo decía doctor, es personal, es recurso humano y es medicamentos e instrumental médico básicamente. Yo creo que ahí se requiere un liderazgo y hay un problema serio en el manejo de los inventarios, de la planificación de los inventarios, eso lo hemos vivido acá en Junta Directiva en una u otra ocasión y a mí me preocupa el riesgo en que estamos incurriendo, ahí la pregunta es ¿se requiere darle mayor nivel, mayor jerarquía, tener un líder que asuma esto y que traiga propuestas a la Junta Directiva de lo que debemos hacer hoy y de lo que debemos hacer en el futuro? Y lo mismo en el otro tema que usted lo planteó doctor, creo que no lo desarrolló mucho, que es el tema financiero, a mí me preocupa sobre todo con la crisis que está viviendo el país, lo que se nos puede venir y un área financiera disminuida. Yo creo que nos puede traer problemas, porque requerimos un liderazgo fuerte para poder enfrentar esta situación, para poder planear en el mediano plazo y traer soluciones acá antes de que las cosas ocurran desde el punto de vista financiero, no sé si bajando el nivel nosotros podamos tener una respuesta, el punto doctor es que me parece que es algo que usted doctor lo trae, y que debe de discutirse y analizarse para dar a los señores consultores y a doña Julia, como directora del Proyecto de Reestructuración, algunas sugerencias.

Director Devandas Brenes:

Yo creo que hay que discutirlo bien, porque digamos el responsable de la formación es el CENDEISSS (Centro de Desarrollo Estratégico e Información en Salud y Seguridad Social), para eso se creó especialmente y no lo ha hecho, no lo ha hecho bien en esa área, porque es un área del desarrollo del talento humano, que ahí es donde está la formación, incluso, vinculado con investigación, ahí se cruzan una gran cantidad de temas, pero eso yo no lo mezclaría con la parte administrativa contable, porque si yo pongo recursos humanos es el responsable del desarrollo del talento, pero también de las planillas. Ya ahí como que estoy complicando, como que las planillas deberían estar en contabilidad, yo lo pasaría a la contabilidad llevar las planillas, pero sí hay otra tarea que está más vinculada en estos recursos humanos al tema de planificación, que es el tema de, por ejemplo, la determinación de necesidades, a veces es, digamos, vea el problema que tenemos con los especialistas, cuántos necesitamos, cómo, hay una discusión, pero también se extiende a todas las categorías de puestos, cuando una oficina pide más secretarias o más técnicos de tal, entonces recursos humanos va y hace un estudio y eso, eso entraría ya en la parte de procesos, que las unidades se quejan de que son unas cosas lentísimas, porque van los ingenieros industriales, para ver si se necesita esto, si no se necesita y esa parte, también, está vinculada a recursos humanos, y eso está muy vinculado al tema de clasificación y valoración de puestos que es otra gran área. Entonces, cuando discutimos recursos humanos, hay que discutir muy bien de qué estamos hablando, para ver a dónde se podría ubicar y para no crear también una cosa que después no funcione para ningún lado, yo creo que nosotros tenemos que discutir aquí mucho sobre el CENDEISSS, qué vamos a hacer con el CENDEISSS, si decimos desarrollo del talento, esa parte de formación debería estar ahí, no sé adónde, eso hay que decidirlo y recursos humanos pensarlo bien. Yo insisto, la parte puramente administrativa adónde la pondría, para no mezclar con lo que es el desarrollo del recurso humano, es complicado, es complicado. Por ejemplo, aquí hay un ejemplo interesante, con el Dr. Orlando Urroz que no sé si todavía es fiscal del Colegio de Médicos, yo conversé con don Román de eso, él era fiscal, no sé si todavía es, en el momento que era fiscal él estaba anuente a que hay médicos generales que por su experiencia, con un nivel especial y alguna capacitación, podrían desarrollar algunas tareas técnicas un

poquito para arriba de la medicina general, pero eso requería cambiar la clasificación y valoración de puestos porque, entonces, ahora ya es el médico general que va, aunque la doctora me decía que no, pero bueno que va a leer un ultrasonido digamos que tiene ya experticia. El Colegio de Médicos estaba dispuesto, incluso, a calificarlo, hacerle las pruebas, pero entonces había que modificar clasificación y valoración de puestos, y eso se convirtió, o sea, no fue posible, no fue posible mover todo eso. Nada más lo planteo para que veamos que no es tan sencillo como decir lo pongo aquí, lo pongo allá, sino que habría que pensar más bien procesos y adónde podrían ir esos procesos.

Lic. Roberto Guillén:

Bueno, primero agradecerles el tiempo, era media hora, creo que nos hemos abusado muchísimo, pero ese es el riesgo de este tema, el tema es un tema que es complicado, estamos hablando del futuro, cómo pensamos que se puede materializar y esa ha sido la tónica realmente que hemos tenido con este proyecto, se ha discutido, ha venido, se da propuesta, se analiza, creo que eso es lo rico, que haya procesos de discusión, de análisis, de valoración y en eso estamos dando nuestra posición, en el estado de analizar, nosotros siempre le llamamos a esto las propuestas “market”, - verdad, don Mario-, la traemos, analicemos, discutámosla, el tema de recursos humanos vieras cómo se discutió, mucho, mucho el tema, el alcance, las gerencias, qué compro, se ha discutido mucho, se ha llegado a planteamientos. Yo creo que el tema de la temporalidad es fundamental, o sea valorar las gerencias, lo que se hace ahora, las cargas de trabajo y todo, a como se hace actualmente, sí, es otra realidad a decir cómo debería hacerse si, si tuviéramos procesos de regionalización, si las regiones se hacen cargo de estos elementos, de esta parte operativa, qué pasaría, entonces está esa posibilidad a futuro y la realidad actual, y definir cómo podríamos llegar a eso, pues es parte del trabajo también que le toca a doña Julia, cómo a través de un proceso de formación se puede ir. Para nosotros de parte de la Universidad yo siento que hemos concluido justamente a pensar, ver, analizar, ver pros y contras, qué pasa si, hubo una discusión al respecto, es que ustedes deben decidir cómo se hace, nosotros podemos colaborar en cómo, qué implicaciones puede tener esto, qué pasaría si se hiciera de esta manera, procesos que uno de forma muy sana se planteó como un proceso constructivo con la Junta, entonces de alguna manera creo que hemos logrado generar esa discusión, ese análisis. Tal vez no ha habido la suficiente claridad, ha habido diferentes cambios a nivel de la Institución, pero sí se ha logrado la base en ese sentido y estamos en la mejor disposición de contribuir en ese sentido, con el análisis, la discusión, ver propuestas, implicaciones, cosas tácticas, y pues quedamos al servicio de ustedes en ese sentido (...).

Dr. Mauricio Vargas:

Nos parece que es importante, a ver cómo decirlo, ustedes saben que este trabajo estaba definido para 18 meses y hemos pasado, lo comentábamos con usted cuando estuvimos, hemos pasado por tres Presidencias Ejecutivas, y de repente cada Presidencia Ejecutiva, no es el caso suyo porque en realidad usted está llegando, pero de repente agregaba y decía, bueno no mire que la cosa, entonces nacimos de una manera, de repente llegó el Dr. Llorca, digámoslo claramente y pasó otra cosa, entonces realmente ha sido como muy complicado poder avanzar, hay aquí un planteamiento que ya ahora lo ve prácticamente otra Junta Directiva porque ya, aparte de don Mario, José Luis Loría, pero todos los demás son nuevos miembros de Junta Directiva, entonces yo creo que aquí, pues toca probablemente repasar con ustedes algunas cosas, pero para nosotros

es como muy importante, porque ustedes comprenderán que la Universidad tiene sus normas también, entonces nos meten a nosotros dentro de una limitación, mire ya, ya es hora de que ustedes cierren esto, porque pasamos de 18 meses, a que en febrero cumplimos tres años, tres años. Entonces, la Universidad de Costa Rica está dando como prórrogas y prórrogas y ya nos dicen mire qué es lo que está pasando que ustedes no logran cerrar el capítulo. Entonces, pues yo respetuosamente a la máxima autoridad de esta Institución, quisiera dejarles esta inquietud de que es urgente, esa es una parte muy importante también don Mario, pero sobre todo hacer ese cierre con la normativa universitaria, que nos “mete digamos en un zapato”, por decirlo de alguna manera, porque ya no nos da para seguir haciendo ampliaciones. Entonces, dejarles esa inquietud a efectos de que podamos de alguna manera ver el futuro, pero sí cerrar un capítulo, con todo el respeto.

Director Devandas Brenes:

No de verdad y yo pregunto y la pagado cómo anda, está parado, no sé cómo anda, ah bueno, pero (...).

Doctor Macaya Hayes:

Yo quisiera reiterar lo que comentamos en mi oficina el otro día, que es la inquietud que yo tengo con la fusión de dos, de cuatro gerencias en dos gerencias, en una organización tan compleja como esta es el exceso de, a mi percepción, el exceso de responsabilidad sobre cada una de esas dos personas, si fuera fusionado en dos gerencias y hasta cierto punto la falta de sinergias, por ejemplo en logística, infraestructura y tecnología, en estos tres meses y pico que llevo aquí, he visto a esas dos gerencias que están asumiendo otras dos de recargo. Realmente estar saturadas y hasta cierto punto distraídas y eso es peligrosísimo en la Caja, estar distraído porque tiene que atender otra área, uno podría decir bueno pero se puede solucionar con sugerencias, pero cada una de esas áreas tiene proyectos grandes que hay que, o digamos nuevas realidades, en la financiera está la implementación del ERP. Eso va a ser un proyecto de alto riesgo que hay que liderar sin ninguna distracción y en logística la nueva realidad en la compra de ciertos productos, especialmente, medicamentos de alto costo financiero, requiere de un liderazgo ahí de cómo se va a lidiar con la industria farmacéutica, una persona que pueda negociar fuertemente con mucha propiedad y mucho peso en oferentes, hay productos que tienen un oferente único, lo que es transición a compras en línea, digitales, yo siento y, además, estamos contra reloj, porque en este momento están esas dos gerencias de recargo, tenemos que llenar esas vacantes y esto tiene otro tiempo. No es que no es prioridad, pero el otro es que ya, y no van a calzar los tiempos de todas maneras, o sea si al final se hiciera, bueno vamos a fusionar las dos, pues habría que ver cómo se hace, ya teniendo seis gerencias, más la gerencia general, pero yo la verdad es que no le veo, o sea veo más riesgo que beneficio, de tener esas cuatro gerencias fusionadas en dos, y esa es mi inquietud en esto.

Lic. Roberto Guillén:

Sí, es que siguiendo el tema, ahorita lo urgente, tan importante, lo operativo no da chance para si quisiéramos hacer organización no se puede, estamos haciendo cosas operativas en recursos humanos, en compras, uno lo ve, ellos trabajaron con nosotros en establecer el mecanismo para compras desconcentradas, pero eso como talleres de trabajo, han trabajado fuerte también por su

parte, pero día a día no nos deja, cómo cambiar ese proceso, trae una lógica y una dinámica que además es acumulativa, cómo pasar de una rama a la otra, es difícil, por eso hay que hacer el proceso de ejercicio, primero cual es el modelo que queremos, primero podríamos llegar a eso sabiendo que además de que la gente está en lo operativo, la sobrecarga de trabajo. También tenemos que ponernos a trabajar en el nuevo modelo, no es fácil, es un proceso muy complicado que requiere también trabajarlo técnicamente, pero yo creo que lo importante sería definir cuál es el modelo que se quiere y a partir de ahí hacer las acciones necesarias. Yo sé que es un proceso muy complicado de gestión, ahora, como les digo, tal como está ahora independientemente si son las seis, cuando nosotros entramos aquí eran las seis, las seis estaban ya saturadas, pero están saturadas porque tienen una gran carga operativa y no tienen chance para hacer la normalización, en cualquier momento hay que cambiar eso, eso es lo difícil, eso sí requiere mucho sacrificio.

Director Steinvorth Steffen:

¿Ya consideraron la tercerización de esas partes operativas?

Lic. Roberto Guillén:

Sí, bueno, ese es un tema que es importante analizar. Por decirlo de alguna manera de repente hay temas que no se discuten, eso probablemente si ustedes lo consideran habría que empezar a discutirlo, pero vuelvo a insistir, depende de la concepción que se tenga finalmente tiran línea y dicen, hay cosas que no van, entonces eso es.

Ing. Romero Redondo:

Gracias. buenas tardes. Mi aporte en esta línea posiblemente tiene que ver con cómo la organización logra administrar el cambio, porque la discusión del cambio yo creo que es necesaria y todos los que estamos acá de alguna manera vemos la necesidad de que la organización debe fortalecerse y cambiar, hacia tener mejores capacidades y hacia lograr una implementación de servicios de mayor impacto. Tal vez yo quisiera contar un poco en el planteamiento que hace el Dr. Macaya, hay una inercia en la organización, ustedes son una nueva Junta Directiva, y con todo el respeto probablemente lo que ustedes están oyendo, y eso es sesgo del proceso de cambio, es que todos estamos muy saturados, entonces era mejor tener seis gerencias a tener cuatro y va a ser continuamente ese un elemento, que va a determinar lo que llamamos resistencia al cambio, en este caso. Uno que desde afuera valora el proceso que ha llevado la Institución, yo diría que la Junta Directiva anterior se dio la oportunidad de dar un paso hacia adelante, y yo creo que ustedes van, me imagino que sí, en la línea de seguir avanzando, lo que ustedes deben cuidar y con todo respeto, es una recomendación, es no ir para atrás, de manera que ahora haya un planteamiento de una Gerencia General y se mantengan seis gerencias. Eso mantiene un status quo, que va a decirle o el mensaje que va a trasladarle a los colaboradores es aquí no ha pasado nada, todo sigue igual. Mientras hay una necesidad imperante del cambio de mejorar, de fortalecer, de regionalizar, eso es una observación de forma al proceso de gestión de cambio, con todo el respeto de mundo, pero es parte del sesgo que tiene este proceso. Entonces, que ustedes sientan al ser una nueva Junta Directiva, posiblemente, ustedes escuchan todos los días que la cantidad de trabajo que tiene la Institución y no dudo que muchas áreas sea así, porque hay evidencia de que es así, pero aquí es más importante empezar a fortalecer la ejecución y la operativa en el nivel regional y en el nivel local, para descargar justamente el nivel

central, para darle, aquí es subirle un nivel más a los actuales gerentes o a los gerentes que existen en ese nivel gerencial, pero también los directores tienen que asumir un rol gerencial, no se trata de que el gerente tiene que resolver una serie de situaciones operativas de todo el país, porque para eso tiene sus directores regionales, para eso tiene sus directores de área, un poco esa es la perspectiva, y también el concepto de transversalizar el proceso, tal vez no nos dio tiempo de enfatizar en eso, pero en la pirámide que la Institución ha tenido como paradigma siempre, de niveles, nivel uno, nivel dos y nivel tres, los procesos en la organización se desarrollan de manera departamentalizada, o sea, en cada nivel están definidos los procesos, pero no están definidos transversalmente, poco el esfuerzo que hicimos en la discusión y el análisis con diferentes áreas es cómo logramos transversalizar los procesos, de manera que en el caso concreto de poner en funcionamiento un nuevo hospital, no solo sea un tema de la Gerencia de Infraestructura, sea un tema transversal justamente con criterios técnicos de una instancia, de la Dirección de Planificación, del seguro de salud, que dé criterios de cómo debe diseñarse y conceptualizarse un nuevo hospital, no necesariamente el concepto de torre médica, que ya sabemos, no necesariamente es el concepto la mejor práctica en ese sentido, sino habrá que entender el contexto de la realidad de dónde queremos ese nuevo hospital, con un criterio técnico de peso donde el proceso de construcción de un hospital sea más transversal y menos focalizado en una instancia muy técnica en el área de contratación o en el área de infraestructura, aquí tenemos que lograr que los procesos sean transversales en esa perspectiva. Con mucho gusto, ese era mi aporte y estamos a la orden.

Nota: (...) Significa no se comprende el término o la frase.

Se toma nota de la presentación realizada por el Centro de Investigación y Capacitación en Administración Pública (CICAP).

Se retiran del salón de sesiones los señores Dr. Roberto Guillén, Líder, Dr. Mauricio Vargas, Ing. Rodolfo Romero y Grace Madriz, Logística, Centro de Investigación y Capacitación en Administración Pública (CICAP)

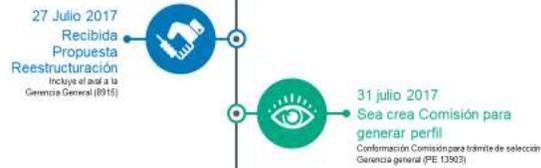
Continúa la exposición la Dra. Julia Li Vargas, Directora del Proyecto de Reestructuración Organizacional del Nivel Central realiza la siguiente presentación:

1)



2)

Trámite para definición Gerencia General (jul 2017-ab 2018)



3)



4)



Dra. Li Vargas:

Buenas tardes, hoy entregamos tres oficios para formalmente, uno de ellos es entregando el último producto, el producto es el VI que está en un disco compacto, es digital, nosotros estamos haciendo una revisión, porque es de aceptación de la Junta Directiva, este no pasa por el tipo de evaluación. Un segundo oficio porque nosotros con el equipo de E & Y 00.30, se conformó un equipo líder de cambio, sería negociado con E & Y que aunque era un grupo pequeñito ellos nos aceptaron que fuera una persona por Dirección, para que quedara una persona capacitada por Dirección. No obstante, ellos vienen a hacer el vínculo entre el proyecto y las diferentes Direcciones, no obstante ellos pidieron, el grupo de cuarenta y tres muchachos, que por favor se oficializara en la Junta Directiva para no tener limitaciones con sus respectivas jefaturas al momento de tener que vincularse con el proyecto, esto yo sé que no son todas las Direcciones, pero algunas direcciones, hay de todo. Entonces, querían tener ese respaldo de la Junta Directiva para poder seguir participando con el proyecto de reestructuración. Y el tercer oficio, el más grande, es para darle cumplimiento al acuerdo del 22 de octubre, que ustedes nos pidieron primero, hacer las correcciones en el documento que se había presentado en abril sobre las funciones de la Presidencia Ejecutiva y la Gerencia General, entonces ahí se los adjuntamos, con los ajustes que ustedes nos solicitaron, nos pidieron revisar lo del perfil de la Gerencia General, que ahorita lo vemos rápidamente y nos pidieron un breve resumen de cómo se había dado el trámite para la selección de la Gerencia General. Entonces, rápidamente para la selección de la Gerencia General revisamos con los compañeros de Recursos Humanos, porque en algún momento nosotros participáramos, pero ya en otro momento la Presidencia Ejecutiva se lo trasladó a los compañeros de Recursos Humanos. Lo primero es que el 27 de julio del año pasado es que se recibe la propuesta de reestructuración del CICAP y en esa sesión la 8915 del 27 de julio se aprueba la conformación de la Gerencia General, incluso, se le instruye a la Presidencia Ejecutiva que prepare el trámite para la selección de esa persona. Entonces, el 31 de julio, el Dr. Llorca mediante oficio de la Presidencia Ejecutiva conforma una comisión para que prepare todo el trámite que se debe hacer, en esa comisión estaba don Gilberth Alfaro, estaba don Sergio Chacón, había un compañero de la Auditoría como garante de que lo estuviéramos haciendo en forma transparente, había compañeros de Recursos Humanos, el compañero de Presupuesto, la representante de la Presidencia y nosotros. Entonces, se elaboró una propuesta de perfil para esa Presidencia Ejecutiva, se le presentó al Dr. Llorca y posteriormente, porque de ahí en adelante le tocaría a él llevar a cabo el trámite, el 13 de noviembre hay una propuesta que surge apelando a que la mayor importancia de la Institución es de servicios de salud, entonces en lugar de un Gerente General lo que debería haber es un Gerente de Servicios de Salud y Prestaciones Sociales, eso fue en noviembre.

Directora Abarca Jiménez:

¿Eso quien lo propuso?

Dra. Li Vargas:

Vino aquí a la Junta Directiva, lo había propuesto el Dr. Llorca y entonces, el 30 de noviembre el trabajo que se había hecho sobre el perfil para Gerente General se viene y se modifica para quitarle lo que tiene que ver con pensiones y se aprueba entonces el perfil para Gerente de Servicios de Salud y Prestaciones Sociales. Y resulta que el 3 de diciembre se publica, ahí

ustedes lo tienen en el documento, se publica en La Nación y se pone en las redes sociales la propuesta para hacer el registro de elegibles, nunca hubo un concurso en realidad, no hubo un concurso, sino que lo que hubo fue una captación de currículums, pero el 21 de diciembre la Junta Directiva, el 11 de diciembre viene el CICAP y hace la revisión de las propuestas que se habían hecho, presenta el escenario dos, que fue el consensuado con todos los directores y los gerentes, y el 21 de diciembre la Junta Directiva aprueba ese escenario dos que fue el que ellos mostraron. Entonces, ahí viene y desaparece la Gerencia de Servicios de Salud y Prestaciones Sociales y se vuelve a la Gerencia General, entonces la Junta Directiva solicita que se haga el cambio, y lo que ya se ha trabajado para el Gerente de Servicios de salud y Prestaciones sociales, se ajuste para que se retome el de Gerente General. Lo que se hizo fue una nueva publicación, pero las personas que ya habían entregado currículum, lo que se les llamó, fue solicitándoles si estaban de acuerdo a participar como gerentes generales y no ya como gerentes de servicios de salud y prestaciones sociales y tengo el entendido que todas las personas aceptaron. Lo que se hizo fue que desde una perspectiva moderna son muy importantes las habilidades teórico-prácticas, pero muy importantes son esas habilidades gerenciales y, bueno, fue una propuesta que nosotros habíamos hecho que se hiciera una valoración, de hecho nos habían dicho que nueve personas, después se pasó a treinta y dos personas. Entonces, ahí, por eso fue que el proyecto de reestructuración se retira, porque no podíamos, nosotros no podíamos pagar un gasto para treinta y dos personas, entonces ahí sí lo podía hacer Recursos Humanos y, bueno el 18 de enero se derogó lo del Gerente de Servicios de Salud y Prestaciones Sociales y se vuelve a lo del Gerente General y entre enero y febrero se hacen las pruebas para treinta y dos participantes en promedio, porque ustedes van a ver que se hicieron pruebas con Multivex y unas con Doris Peters. Entonces, en unas participan treinta y dos, pero en otras hay cuarenta personas participando, la de Multivex prácticamente eran las de habilidades blandas, sin embargo Doris Peters también hizo algo de habilidades blandas y algunas pruebas sobre conocimientos de leyes informativas y de conocimientos de orden teórico. Entonces, esto se dio durante enero y febrero y en abril los compañeros de Recursos Humanos, reciben las evaluaciones, las trasladan a la Presidencia Ejecutiva para que termine de revisar, hacen una lista como de cinco o seis personas que fueron las que quedaron en primer lugar y, después, el 19 de abril la Presidencia Ejecutiva le traslada a la Junta Directiva, la propuesta de personas para seleccionar Gerente General y los tres gerentes médico, logística y financiero, porque se da la coyuntura que cuando esto, ya venían a vencerse estas otras gerencias. Entonces, se aprovechó y se incluyeron de una vez para las pruebas, eso básicamente fue lo que ocurrió, aquí en abril se suponía que se iban a seleccionar los gerentes, pero fue cuando el Dr. Fallas renuncia, entonces, se queda sin quórum estructural. Entonces, todo quedó ahí en “stand by”, todo quedó detenido, eso básicamente fue un registro de elegibles que el Dr. Llorca, en realidad a él varias veces se le dijo que él no necesariamente tenía que someter a concurso ni someter a pruebas, pero él quiso hacerlo de esta forma, considerar algunas personas y que fueran todas a valorarse en diferentes áreas. Ahí bueno don Gilberth, estuvo más de cerca, porque él conoce más el detalle, pero esto fue lo que recogimos con los compañeros de Recursos Humanos, porque nosotros salimos de este tema a partir de enero que lo retomó la Dirección de Recursos Humanos directamente, no sé cuánto se pagaron, tengo entendido como veinte millones algo así, algo así era lo que tenía entendido, veinte millones. Los oficios no los encontré, lo que tenemos es como fotos escaneadas, donde recibimos el escáner, pero no logramos encontrar los oficios originales pero yo creo que ya no es relevante ese tema, sino que ahí nosotros les adjuntamos las valoraciones que hizo Multivex y las copias de los informes de Multivex y Doris Peters, para que ustedes vean que fue lo que se valoró grosso modo y también,

tenemos los currículums y las valoraciones por cada persona si, eventualmente, quisieran ver algunos de ellos, eso en el tema, no sé si alguna duda ahí.

Director Salas Chaves:

Perdón ,una pregunta, ¿esta página última es donde están todos los candidatos para todo? La última la que tenemos en el documento al final, final. Donde comienza con Ileana Balmaceda, es la última. Digo, pero esa página que tiene como cuarenta gentes, es para todas las gerencias.

Dra. Li Vargas:

Esta es para todas las gerencias sí señor y están marcadas las que tuvieron las más altas puntuaciones en cada rubro, esas son habilidades blandas que se midió liderazgo, visión estratégica, toma de decisiones, planificación y organización, entonces están marcados los que tienen, los tres que tienen los puntajes más altos en cada rubro y ahí hubo una, no lo logramos descifrar, porque como fue que hubo los puntajes, porque finalmente si lo ven están ranqueados pero no sé cómo fue que los ranquearon y la página de Excel que tenemos no tienen las fórmulas, me imagino que fue que lo hicieron en algún lado y después trasladaron los resultados que tuvieron a esa otra página de Excel.

Director Devandas Brenes:

¿No suma, no suma otros qué?

Dra. Li Vargas:

No, no suma. No suma porque probablemente lo que hicieron fue darle valores relativos diferentes a cada criterio, entonces depende del valor relativo que le dieron a cada criterio así les dieron los resultados porque ahí por ser, por ejemplo, Javier Villalobos Pineda tiene una puntuación muy alta en visión estratégica, que vean que es casi el 10 y sin embargo, él no está en las listas.

Subgerente Jurídico, Licenciado Alfaro Morales:

Si mi memoria no me falla, don Mario por favor me ayuda, creo que hasta hubo un problema porque había sumado de manera inversa, decía que los que tenían un uno en realidad había que considerarlos que no eran los números uno, sino que diez era el mayor valor, entonces se había invertido como el orden lógico de las valoraciones, uno cree que uno es el primero, había dado una explicación compleja.

Dra. Li Vargas:

Por eso fue que yo les incluí las notas de Multivex y de Doris Peters porque, por ejemplo, Multivex dice claramente que a mayor puntaje es el que tiene más alto nivel en ese rubro.

Director Salas Chaves:

¿Otra pregunta donde dice nivel uno (...)?

Dra. Li Vargas:

Ese fue el ranqueo.

Director Salas Chaves:

Ah es un “ranking”.

Dra. Li Vargas:

Ese fue el ranqueo que hicieron, pero lo hicieron me imagino que dándole. Sí, sí señor, de acuerdo con ese ranking, de acuerdo con ese ranking, pero si usted lo ve por ejemplo en liderazgo tiene punto cero tres, visión estratégica sí tiene un puntaje relativamente alto cinco, mientras que toma de decisiones tiene dos y planificación tiene tres. Son diferentes sí porque cada uno valora una habilidad diferente, entonces si uno le quiere dar a liderazgo un puntaje más alto, pues le da un valor relativo más alto. Pero ahí sí nos declaramos ignorantes de conocer cuál fue la ponderación que se le dio.

Directora Solís Umaña:

¿Pero por esto hubo que pagar veinte millones? Por los instrumentos para, pagamos veinte millones y no lo entendemos.

Dra. Li Vargas:

Como funcionan en esas empresas es que normalmente ellos vienen y se sientan con las personas que están interesadas en contratar a alguien, preguntan cuáles son los efectos que les interesa valorar, preparan las pruebas, dan los resultados y cuando dan los resultados hacen una devolución a las personas, incluso les dan preguntas para que puedan entrevistar a las personas y puedan elaborar más el criterio que puedan tener. Nosotros como Caja, como nosotros todavía no nos movemos por competencias, nosotros no tenemos este tipo de pruebas, normalmente se contrata, las muy pocas que se han hecho, muy pocas veces se ha contratado fuera.

Directora Solís Umaña:

Está bien que se haya contratado y lo que costara, pero lo que yo reclamo aquí es que, bueno no sé si ya vinieron a explicar bien cómo fue el asunto, lo que se está diciendo es que hace falta la explicación clara de cómo fue que calificaron, cómo es que están colocados, están diciendo que diez era uno y que uno era diez, entonces me parece que está mal, y realmente uno no sabe cuál es el mejor y cuál es el que está en medio y cuál es el peor.

Dra. Li Vargas:

No, eso sí está aquí, doctora.

Directora Solís Umaña:

Por eso a mí me asusta quién está en primer lugar, fuera de costas (...) un concurso nuevo.

Director Devandas Brenes:

Pero hay otra calificación aquí hay otra página.

Directora Solís Umaña:

Es que esto es típico uno puede manipular (...).

Subgerente Jurídico, Lic. Alfaro Morales:

A la larga recursos humanos tiene más información de cómo operó esto, porque de otra manera se (...) Recursos Humanos coordinarse con la empresa en lo propio, posiblemente ellos tienen ya datos más precisos y lo otro a mí me parece totalmente factible administrativa y legalmente como dejar esto de lado de alguna forma, si se quiere ver, así pero recomiendo hacerlo con una base técnica porque son veinte millones y algo y hay que tener un cuidado porque razón no por no entenderlo dejarlo de lado es lo que quiero decir.

Director Devandas Brenes:

(...) con la ley la Junta nombra a propuesta del Presidente Ejecutivo de manera que quien debe estudiar esta listas es el Presidente Ejecutivo y no son vinculantes, en el sentido de quien esté primero tiene que ir en primero o en segundo, no más bien es si esos que están ahí reúnen los requisitos, el Presidente libremente analizará de todos los que reúnen los requisitos y hará la propuesta a la Junta y ahí ya vendrá la discusión en Junta, si se le acepta o no la propuesta al Presidente. Eso es lo que yo veo digamos de manera que no son vinculantes para la Junta Directiva, ni es que nosotros tenemos que aceptar como Junta Directiva estas listas. Ahora aclarado eso sí hay en el grupo Multivex aclara la última página, porque dice que tomando en cuenta las competencias genéricas como específicas idóneas, para desempeñarse en el puesto se ha solicitado siguiendo el orden de uno al treinta y tres ordenándolas del que posee el perfil, incluso dice más ideal y que se acerca al solicitado y aquí si esa lista que está ahí en la página es que no están todas numeradas, pero de Multivex página dos sí coincide con la última, por ejemplo, pone de punto dieciocho a milena Quijano Barrantes y ustedes ven a Milena está de dieciocho en la última lista, ósea que si es un ranking ese que está ahí, sí es un ranking no sé si lo vieron.

El doctor Macaya Hayes le da la palabra al Dr. Salas Chaves y a la directora Abarca Jiménez:

Director Salas Chaves:

Queridos compañeras y compañeros, yo respetuosamente le propondría al señor Presidente y a los compañeros de Junta Directiva tres acuerdos. El primero es que volviéramos un poco atrás a estudiar el perfil de Presidente Ejecutivo y de Gerente General, a efecto de que quede clarísimo que no hay chispazos, al menos formalmente, que no quedé ahí una actividad traslapada. Ya

tenemos ese documento aquí, ya lo aprobamos, de manera que si estamos de acuerdo, cuál es el perfil de Presidente y Gerente General más bien el de Gerente General en relación con el de Presidente Ejecutivo, vamos bien esa es la primera cosa. La segunda es pensar en el primer paso, antes de todo lo que aquí se ha dicho qué es la Gerencia General, ósea a mí me parece que la Gerencia General es como el primer paso ya en concreto hacia iniciar todo este proceso de reestructuración porque el día a día nuestro es tan intenso, que se necesita alguien de toda la confianza del Presidente Ejecutivo, para que se le puedan delegar acciones, actividades, funciones de las otras gerencias, que están en este momento muy recargadas aparte de las que ya aquí propusieron los señores de CICAP, que hay un conjunto de actividades y funciones muy importantes y avocarnos al Gerente General; y en tercer lugar preguntarle a la Junta los nombres del Gerente General, yo pienso sinceramente que daríamos un paso gigante si podemos definir el Gerente General y está aquí, por eso a mí no me acongojan las listas estas. Está aquí entre estos, sin duda alguna por una razón muy sencilla, ahora comentábamos mientras se iban los funcionarios del CICAP en las circunstancias en las que estamos se requiere alguien que conozca íntimamente la Caja, sino nos tocaran cinco años ver dónde queda casa cosa, me parece que eso es un elemento para tomar muy en cuenta y en segundo muy importante que reúna el perfil que se definió en su oportunidad profesional, técnico y el tercero que sea una persona de confianza del Presidente, evidentemente y de esta Junta, como parte de la aprobación final de manera que si hacemos eso ver los perfiles, escoger el grupo y votarlo, porque yo pienso Presidente de verdad, con toda la seriedad del caso, que usted necesita urgentemente a quién mandar un montón de cosas, ya que tienen decisiones que se han postergado y que les quede claro a los que están quién es el que los va coordinar. Esta reunión de la mañana fue extraordinariamente importante desde ese punto de vista, yo lamento nada más que no estuviera Lacayo querido y además es una persona muy importante, pero estará eventualmente y que podamos dar ese paso lo más pronto.

Directora Abarca Jiménez:

Gracias. Hace como quince días nos reunimos en la comisión de reestructuración con Julia, Lorenzo y Maritza y yo y entonces estuvimos conversando sobre esto mismo, inclusive doctor, Recursos Humanos tienen todos los currículos de los que participaron de esta lista, ahí están todos los currículos, porque es bueno porque aquí lo que vemos son listados una cosa es ver el listado y otra cosa es ver el currículo, entonces ahí, están lo otro es que concuerdo que es importante que la gente que participó, que se respete la gente que participó. Se hizo un proceso se invita a seguir participando, pero yo creo que el doctor debería tener la libertad de escoger su perfil y que tome en cuenta los que ya participaron, pero puede incluir otros nuevos para eso se definió un perfil. En la reunión definimos un perfil que hablamos que ojalá que sea que tenga un perfil muy gerencial, que fuera una persona para que ustedes lo consideren, que sea una persona que tenga experiencia manejando grandes organizaciones, que haya manejado montos importantes de recursos y de recursos humanos también, que esté acostumbrada a plantear un plan estratégico a una Junta Directiva y darle su seguimiento y cumplirlo y ejecutarlo, que esté acostumbrada a ese tipo de disciplina, más que todo en resumen, es que un perfil gerencial que dirija a las diferentes gerencias, porque lo que hemos conversado aquí, lo que ha faltado un poco es esa articulación entre gerencias, entonces ha faltado esa figura de director de orquesta y eso fue lo que conversamos en la comisión y más o menos en esa línea viene el perfil que planteamos. Lo otro, que el otro día medio conversamos ahí rápidamente ah bueno concuerdo con el doctor Salas en que es muy importante definir lo más pronto posible lo de la Gerencia General, porque una vez definida la Gerencia General es más fácil que esa persona venga, evalué

lo que propuso el CICAP y diga, no, vamos hacer está bien esto, pero le vamos hacer este cambio o el CENDEISSS, lo vamos a pasar para el otro lado porque para uno desde una Junta Directiva, es muy difícil plantear en dónde debe quedar cada casilla. En cambio el Gerente General tiene que lidiar todos los días con eso, pues es más fácil. Lo otro es que de acuerdo con darle prioridad a la Gerencia General, pero es que yo creo que todas las gerencias son importantes, ¿por qué? Porque cuando uno se pone a ver las observaciones que hace la Auditoría Externa, que hace la Contraloría General de la República que hace la misma Auditoría Interna sobre cuestiones financieras, sobre estados financieros, sobre controles internos, yo creo que la Gerencia Financiera la tenemos que tener ya para que empiece a trabajar, tiene que trabajar en el ERP, en las normas contables del sector público, o sea, son proyectos complicados aparte del día a día que tiene que ver y yo me inclinaría, yo sé que los del CICAP vienen y plantean la solución óptima de acuerdo con los procesos y todo, pero yo estoy de acuerdo con el doctor en el sentido de que por lo menos en la Gerencia Financiera hay grandes retos, hay grandes trabajos y yo me sentiría más tranquila como miembro de Junta Directiva, si nombramos una persona que tenga y que enfrente todos estos retos y que saque todos esos proyectos adelante, por lo menos empezar con esas dos gerencias, la de Logística pensando en que viene el ERP y que el sistema de administración de inventarios podría entrar dentro de ese ERP, que es responsabilidad de la Gerencia Financiera digamos que podríamos esperar un ratito, pero esas dos gerencias me gustaría que le diéramos prioridad.

Director Devandas Brenes:

No, a mí me parece compañeros que ya llegó el momento de tomar decisiones. Le hemos dado mucha vuelta y ya tenemos el perfil del Gerente General, tenemos el perfil del Presidente Ejecutivo, tenemos el consenso en la Junta Directiva que se necesita esa figura, entonces a mí me parece más bien don Román, que usted es el que tiene que decirnos cuándo trae el candidato y ojalá yo me animo a solicitarle respetuosamente, que sea antes de que termine este año, es decir que no podamos terminar este año sin decir esta es la figura de la Gerencia General y ojalá que no nos equivoquemos, que usted no se equivoque en su propuesta y nosotros en apoyarlo si es que se logra ese consenso y en cuanto a las otras gerencias, yo me inclino más bien por hacer un nombramiento de las dos gerencias que faltan, pero yo los nombraría por seis meses, un año, para que el Gerente General tenga la oportunidad de profundizar en el tema, porque aquí hay muchas cosas que estamos viendo, porque lo hemos ya discutido un poco cuando vemos las funciones de los gerentes, cómo están las gerencias nos conduce directamente a la conclusión de Fabiola, se necesita esa persona pero si llega un Gerente General y modifica procesos y cambia algunas visiones, puede ser que entonces tengamos otra visión del problema y además a mí me parece justo que si vamos a nombrar un Gerente General le demos esa oportunidad, piense usted cómo va manejar el equipo y cómo le parece usted que puede ser la mejor forma de hacerlo, lo digo porque si nosotros nombramos a los gerentes que faltan por seis años, metemos al nuevo gerente en un aprieto. Él tendrá que trabajar con lo que se le ponga ahí, ya es un aprieto y a pesar de la insistencia de que en la nueva reforma del Código de Trabajo establece que para esos puestos no se establece el pago de cesantía, hay dudas en el foro entre los abogados hay duda de que si eso se lleva a cabo, un recurso de constitucionalidad si lo puede ganar, porque usted nombra una persona por seis años y lo quita al año y en la de menos le pide que le pague salarios caídos, porque yo tenía la expectativa de trabajar aquí cinco años me vine renuncié a un puesto y me vine aquí para trabajar seis años y ahora me dicen que me vaya y cómo es la cosa y además, si tengo alguna cesantía que me tienen que pagar, pues voy a cobrar la cesantía y los salarios caídos a

pesar de que repito, pareciera que la ley de la reforma procesal dice que no que esos gerentes no generan esos derechos, pero hay dudas de que eso constitucionalmente se mantenga, entonces yo me inclino Presidente, para que lo consideremos, me parece que sería más prudente eso, nombramos, no sé por seis meses o por un año, no sé eso ya habría que verlo y ahí valoramos después qué es lo más pertinente, porque vea todo lo que hemos discutido que si recursos humanos debe estar aquí o debe estar allá, que si aseguramiento debe estar aquí o debe estar allá, incluso esta discusión sobre actuarial, incluso lo que plantea la doctora, yo no quise intervenir pero, también tengo duda si la Planificación de Servicios de Salud debería formar parte de la buena Dirección de la Planificación Institucional o mantenerla en una Gerencia Médica, yo no estoy muy seguro, ahí se requiere el criterio del que va a dirigir, del que va a tener que asumir la responsabilidad.

Directora Solís Umaña:

Es que volvemos a lo mismo de que por un lado la gerencia y por otro lado todo lo demás.

Director Devandas Brenes:

Además, hay otros temas, por ejemplo, lo que plantean los compañeros de CICAP del diseño de hospitales en la práctica, no es como ellos dicen, el que define el hospital es la Gerencia Médica, claro dura cinco años para definirlo, eso es una cosa terrible, entonces duran para definir y una vez que definen los otros empiezan hacerles el diseño pero ahí entra todo el tema del control del proyecto, de la coordinación de proyecto, por eso esa es mi posición Presidente, compañeros yo le rogaría a don Román que el jueves nos presente (...).

Directora Solís Umaña:

No, voy viendo completamente de acuerdo con lo que expuso Fabiola y Álvaro, pero también hay un punto muy importante porque una persona puede ser un erudito en el curriculum y resulta que es patán, que no sabe negociar, entonces es muy importante la inteligencia emocional, pero muy importante.

Doctor Macaya Hayes:

Totalmente de acuerdo con ese comentario (...) fundamentales en relaciones, las tres gerencias para mí ya en esta etapa, es la prioridad número uno llegar a evaluar y eventualmente, proponerles las tres y quiero hacerlo antes de que salgamos de vacaciones este año, entonces voy avocarme a eso en la medida que voy teniendo, bueno, voy a enfocarme en la Gerencia General primero, porque tengo que ir en paralelo, porque también hay tiempos corriendo para el recargo de la de Logística y la Financiera y eso no puede esperar mucho. Así que bueno eso está en la cima de la mente en estos momentos y con respecto de los proyectos independientemente de las gerencias, ya le dije a los gerentes que necesitamos tener reuniones, donde, ya le dicho a todos ya no quiero islas quiero un equipo, porque hay silos y se pasa una carta y hay que responderla y se responde en seis meses, pues una se la tira a la otra y cuando nos sentamos todos en una mesa comenzar a decir, bueno que se requiere para sacar esto tiene que moverse mucho más rápido; ya después se puede formalizar con aquí le mando la solicitud, para que me diga cuántas camas debe de tener este hospital y le contesto rápido, pero con tiempos muy controlados. Funcionó muy bien

con la compra del acelerador lineal, eso estaba para un año cuando escuchaba cuáles son las etapas (...) y dije no, no puede ser, hay pacientes aquí que están esperando nos sentamos a la mesa y en dos semanas están aquí presentando la solución. Entonces, sí se pueden acelerar los tiempos y yo estoy muy preocupado por la lentitud en los proyectos, especialmente de infraestructura, pero no es solo un tema de Gerencia de Infraestructura, sino que entran todos los componentes y quiero que ya bajemos el gasto en esto, porque realmente estamos en un momento muy oportuno. En este momento la Caja está financiada, tiene la voluntad de invertir decididamente en infraestructura, en equipo, en recurso humano, tiene una Junta Directiva que está en la misma línea, o sea, tenemos todo hay que hacerlo y que no lo estemos haciendo es frustrante. Entonces quiero meterme a esos temas de fideicomiso, o sea, hay mucho tema ahí que hay que arreglar básicamente, entonces quería transmitirles eso que la gerencias es una prioridad e igual lograr un trabajo realmente en equipo, entre las gerencias y acelerar procesos, así que yo creo que con eso terminamos aquí con esa parte. Este era el tema que faltaba nada más lo del perfil, agregamos lo limpiamos un poco. El perfil nada más.

Dra. Li Vargas:

La naturaleza del puesto dice que le corresponde la articulación de las acciones institucionales a alto nivel, asegurando la coordinación de los recursos de la organización, el logro del control de los objetivos y las metas con el apoyo de los gerentes específicos. Su condición, deberá tener un enfoque estratégico siguiendo los lineamientos derivados de la Junta Directiva la misión y visión institucional orientada a de la provisión de los servicios a la población en forma integral, oportuna y con calidad. Dice que es el responsable en conjunto con los gerentes a su cargo de ejercer la administración de la Caja, por lo que asume un rol de la ejecución de las acciones estratégicas de la gestión institucional y ejerce sus competencias en la conducción, planificación, representación, coordinación, control y evaluación macro de los procesos institucionales relacionados con la atención de los servicios de salud, pensiones y aseguramiento, en cumplimiento del marco jurídico vigente, las políticas, lineamientos estratégicos y otros acuerdos emitidos por la Junta Directiva de la Caja, esta era, básicamente ya estaba puesta en el documento anterior nada más unas revisiones ahí de redacción.

Director Devandas Brenes:

En ese tercer párrafo no quedó (...) dice ejerce sus competencias en la conducción, planificación, control, dice servicios de salud, pensiones y aseguramiento y en la parte de logística y administrativa es que ponerlo así podría. Es que dice lo relacionado con la atención de los servicios y toda la Caja debe estar enfocada, bueno me imagino que fue que se había redactado está enfocada a la prestación de estos servicios. Sí, pero (...) ser tan específico ese párrafo alguien podría interpretar que entonces las otras gerencias no...

Subgerente jurídico, Lic. Alfaro Morales:

(...) se sostenga, pero es mejor evitar si se puede aclarar evitar interpretaciones mejor y yo aprovecho de paso porque no sea doña Julia no veo la relación de este (...), con el presidente en ese perfil hay ...

Dra. Li Vargas:
Adelante viene.

Subgerente jurídico, Lic. Alfaro Morales:

Es cuando dice ahí, perdón arriba, dice corresponde asegurando la coordinación de los recursos de organización, es cuando habla de los gerentes y demás, pero no se menciona al presidente y no sé, cómo decía don Álvaro ahora si ahí ya ...

Director Devandas Brenes:

El perfil del presidente (...).

Subgerente jurídico, Lic. Alfaro Morales:

Sí, pero es que en contrapartida podría estar aquí.

Dra. Li Vargas:

Tiene un apartado que se llama dependencia y coordinación y dice que la Gerencia General reporta a la Presidencia Ejecutiva, le reportan a la Gerencia General las gerencias específicas y las dependencias se le escriben directamente y coordina con toda la organización a través de las diferentes gerencias y direcciones, o sea, depende de la Presidencia Ejecutiva tiene a cargo gerencia y coordina con las gerencias y el resto de la organización.

Subgerente jurídico, Lic. Alfaro Morales:

Ahora se leía algo de que era el que ejecutaba los planes estratégicos, creo en Junta Directiva algo así se leyó, pero también eso se le enfatizó mucho, me parece cuando vimos el tema del perfil del presidente, las relaciones presidente-gerente. Yo diría ya, con esto cierro de manera respetuosa, la consideración que hizo don Álvaro Salas de ver hasta dónde se hace un empate real de este perfil con las funciones que se aprobaron entre presidente y gerente, para que queden bien empatadas, ahí si fuera posible me parece no necesariamente está totalmente ajustado (...).

Dra. Li Vargas:

A ver, este es un enunciado las funciones que le corresponde están adjuntas o deben ir adjuntas. Ese es el documento de las, pero si ustedes quieren cambiarle algo, o sea, yo no quise tocarlo mucho, porque esto ya lo habían revisado Planificación y la Dirección Jurídica y la comisión de la Junta Directiva. En realidad nosotros no metimos mucho mano en esto, porque de alguna forma nosotros habíamos participado con el CICAP, entonces cuando le piden al CICAP que entregue para que lo revisen internamente es cuando entran las demás instancias.

Subgerente jurídico, Lic. Alfaro Morales:

(...) muy atribulado por los cambios que hubo de Gerencia General, Gerencia de Salud, otra Gerencia General ahí iba el perfil para allá y para acá, lo cierto del caso es que me parece que al

final nosotros solo tuvimos una reunión, una sesión de trabajo para (...) perfil del primer gerente. Ya lo otro estuvo en manos de la Presidencia y se presentó otro producto ... a la comisión y entonces al final se aprobó un perfil a partir de esos hechos, pero el afinamiento de las relaciones entre el Presidente y Gerente General fue un trabajo concienzudo, donde hubo miembros de la Junta Directiva, Planificación, entonces la verdad es que el documento que contiene las competencias del presidente y del gerente fue posterior, pero fue mucho más acabado.

Dra. Li Vargas:

Este es el documento de las funciones don Gilberth, el que emitimos el 22 de octubre que lo revisamos aquí con ustedes y ustedes pidieron unas cuantas correcciones, que ya se le incorporaron. Nosotros tomamos nota y este es el que tiene el detalle de todas las funciones que estarían a cargo primero de la Presidencia Ejecutiva y luego vienen las de la Gerencia General. El otro el que se llama perfil es un enunciado muy general, que lo que se busca en particular, este no se tocó mayor cosa. Hay dos aspectos que sí se les dieron más importancia, el reto que no estaba incluido antes se lo pusimos, porque ahora cuando se hablaba de soluciones que no le han llegado a la Caja, bueno es que nosotros pretendemos tener soluciones, para una institución tan compleja y tan grande que son muy arcaicas, porque el manejo que nosotros hacemos, por ejemplo de las compras y de los almacenes de una Institución tan grande y tan compleja, todavía sigue siendo a mano. No en vano todos los años vienen y nos dicen, ustedes siguen teniendo sistemas de información en Excel, que no empatan, que hay que hacer a pie los empates, igual sucede con el sistema financiero contable y ha habido varios intentos y yo no logro identificar dónde han estado las pegas, porque en el 2016 hubo un intento de ERP y se quedó pegado y ahora estamos haciendo otro intento, pero es el sistema de información que dejó Fernando Naranjo yo les he contado la anécdota, que él dijo cómo y cuando estuvimos en la comisión de los notables y vino Marcela Quesada a contar sobre el ERP de esa época que se estaba gestionando, el preguntó y dijo ¿pero cómo es posible si yo vine graduado de Pensilvania, los treinta y dos años y el sistema de información que ustedes tienen es el mismo que yo dejé, del tiempo de los dinosaurios y yo le dije, bueno vale que es usted el que se dijo dinosaurio, yo no se lo dije, pero ciertamente son problemas muy complejos con soluciones muy arcaicas, porque pretender resolver con Excel o con el “taipeo” manual de todos los movimientos de personal, eso es muy arcaico, o sea, nosotros todavía llenamos las solicitudes de vacaciones a mano y eso es muy arcaico. Entonces, por eso es que es tan importante que quien asuma la Gerencia General, incluso eso empata muy bien con la visión del doctor Macaya, que le toca impulsar la Institución, incluso aquí ni siquiera me imagino lanzándola más allá, sino ponerla al día, porque esta tan atrasada que solo ponerla al día tecnológicamente es todo un gran reto. Entonces por eso es que incluimos este punto del reto, los otros son temas muy generales y el último que le pusimos está (...) y todos los deseables es en relación con el plazo de la contratación, que dice que para el cargo de Gerencia General es de seis años, conforme a lo establecido al artículo 15° de la Ley Constitutiva, su nombramiento será sujeto a las evaluaciones del desempeño y logro de metas y objetivos porque, ciertamente, es una queja que siempre ha tenido la Junta Directiva, que esta evaluación, no es explícita, no hay tal y entonces, no necesariamente las personas que están podrían estar haciendo lo óptimo y esto le daría oportunidad a quien esté en la Presidencia Ejecutiva, si la persona no responde adecuadamente a los retos, poder hacer la sustitución. Básicamente esos fueron como los puntos que vimos ahí en la comisión, porque se incluyeron los mismos que antes estaban en la formación. Si se amplió porque el perfil anterior era muy cerrado, decía incluso específicamente cuáles eran las maestrías que debía tener y la carrera que debía

tener, entonces más bien se abre para que pueda haber una mayor expectativa y eso sí se habla de la experiencia, que la experiencia es muy importante, entonces ¿quiere que lo sigamos leyendo punto por punto?

Doctor Macaya Hayes:

Yo creo que estamos bien.

Dra. Li Vargas:

Es que yo tomé nota a lo que dijo el doctor Salas.

Doctor Salas Chaves:

No, no que los perfiles coincidan adecuadamente que no sé (...) y luego la posibilidad de la Gerencia General nada más que se me olvidaba la historia de las otras gerencias que están (...).

Doctor Macaya Hayes:

Bueno, muchas gracias doña Julia. Sí, doña Maritza.

Directora Jiménez Aguilar:

(...) ver el tema que no vimos en la sesión anterior (...).

El director Dr. Salas plantea:

Estudiar nuevamente el perfil de Presidente Ejecutivo y Gerente General, para tener claro que no hay duplicidades o traslapes.

Valorar el primer paso, que constituye la Gerencia General, hacia el inicio del proceso de reestructuración, dado que se necesita alguien de confianza del Presidente Ejecutivo que le pueda apoyar.

Presentar a la Junta Directiva los nombres para la gerencia general, que cuente con la formación profesional, el conocimiento amplio de la información y las capacidades para atender los retos que se presentan.

La Dra. Julia Li Vargas, Directora del Proyecto de Reestructuración Organizacional del Nivel Central, **toma nota** de lo deliberado y se continuará en una próxima sesión sobre el nombramiento de la Gerencia General y Gerentes.

Nota: (...) Significa no se comprende la palabra o frase.

Se retiran del salón de sesiones la doctora Julia Li Vargas, Directora; el licenciado Lorenzo Chacón Arrieta, Dirección del Proyecto de Reestructuración Organizacional del Nivel Central

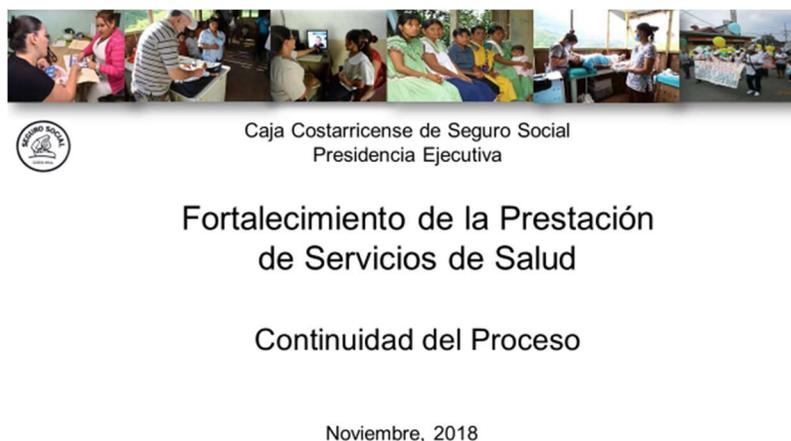
Ingresan al salón de sesiones la Dra. Laura Esquivel Jiménez, Ing. Juan Antonio Sancho Chacón, Lic. Danny Garbanzo Alfaro, Licda. Elizabeth Gairaud Garro, Lic. Juan Carlos Martínez Hernández y Dr. Oscar Villegas del Carpio, todos del Proyecto Fortalecimiento de la Prestación de Servicios de Salud.

ARTICULO 4°

Se tiene a la vista el oficio N° PFPSS-0134- 2018, de fecha 08 de noviembre del 2018, firmado por la Dra. Laura Esquivel Jiménez, Lic. Danny Garbanzo Alfaro, Ing. Juan Antonio Sancho Chacón, Licda. Elizabeth Gairaud Garro, Lic. Juan Carlos Martínez Hernández, Dr. Oscar Villegas del Carpio, Equipo Director del Proyecto Fortalecimiento de la Prestación de Servicios de Salud, en la que presentan el Informe Ejecutivo Proyecto de Fortalecimiento de la Prestación de Servicios de Salud.

Se realiza la presentación del Proyecto de Fortalecimiento de la Prestación de Servicios de Salud, la exposición está a cargo de la Licda. Elizabeth Gairaud Garro, Proyecto Fortalecimiento de la Prestación de Servicios de Salud, con base en las siguientes diapositivas:

1)



2)

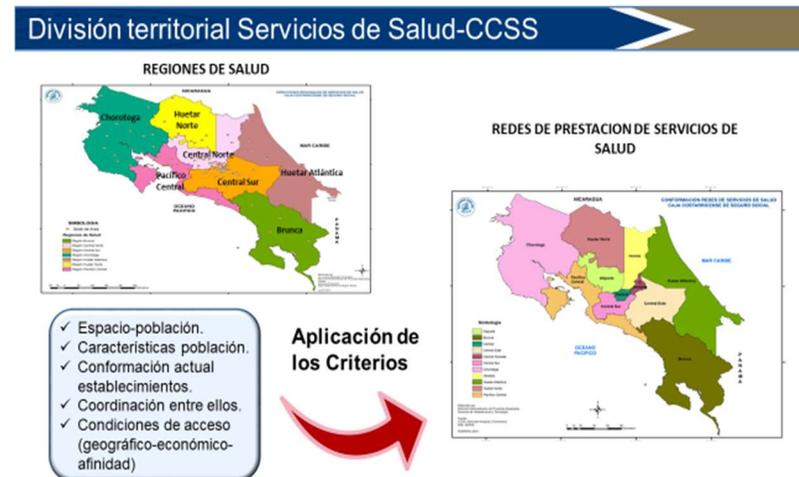


3) Aspectos Técnicos

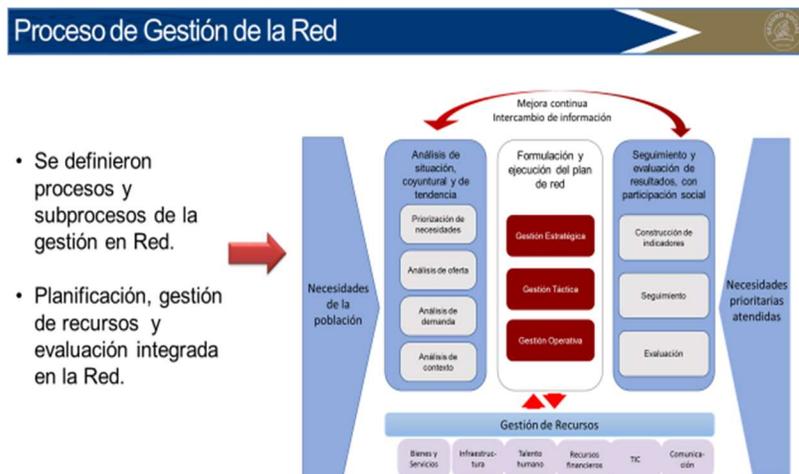
4)



5)



6)



7)



8)



9)

Cronograma de implementación

Ley 9396 Programa por Resultados para el Fortalecimiento del Seguro Universal de Salud (Setiembre 2016)

	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024 en adelante
Gestión de Cambio	[Bar chart showing implementation from 2018 to 2022]						
Sensibilización actores clave	[Bar chart showing implementation from 2018 to 2020]						
Sensibilización / capacitación nivel central	[Bar chart showing implementation from 2018 to 2022]						
Comunicación	[Bar chart showing implementation from 2018 to 2022]						
Desarrollo de RIPSS	[Bar chart showing implementation from 2018 to 2022]						
Transición	[Bar chart showing implementation from 2018 to 2022]						
Huetar Atlántica	[Bar chart showing implementation from 2018 to 2022]						
Huetar Norte	[Bar chart showing implementation from 2018 to 2022]						
Brunca	[Bar chart showing implementation from 2018 to 2022]						
Pacífico Central	[Bar chart showing implementation from 2018 to 2022]						
Choroteña	[Bar chart showing implementation from 2018 to 2022]						
Central Norte	[Bar chart showing implementation from 2018 to 2022]						
Central Sur	[Bar chart showing implementation from 2018 to 2022]						
Desarrollo elementos Fortalecimiento	[Bar chart showing implementation from 2018 to 2022]						
Elementos prioritarios	[Bar chart showing implementation from 2018 to 2022]						
Elementos para la continuidad del FPSS	[Bar chart showing implementation from 2018 to 2022]						

Ajustes hacia RIPSS
 Implementación

6 RIPSS en proceso de implementación

10)



11) **Instancia conductora**

- Conducir y coordinar el proceso de implementación.
- Garantizar la continuidad del proceso de construcción colectiva.
- Articular con instancias de las Gerencias para el alineamiento institucional y la gestión de los recursos requeridos.
- Asesorar y acompañar en forma permanente a los participantes en la implementación.
- Realizar análisis periódico de las tendencias nacionales e internacionales para la mejora continua del proceso.
- Dar seguimiento y evaluar los resultados para asegurar que el proceso se desarrolle según lo planificado

12)



13) **Aspectos Financieros**

14)

Costos de la implementación (2018-2023)*

	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Servicios Personales Fijos	-	536.3	557.7	580.0	603.2	627.3
Servicios Personales Variables	58.0	346.9	360.7	375.2	390.2	405.8
Servicios No Personales	-	505.2	333.2	358.0	363.9	392.3
Materiales y Suministros	-	21.9	22.9	23.8	24.8	25.8
Equipamiento	-	20.0	10.0	11.0	12.0	12.0
Nuevos Gobiernos de RIPSS	-	-	-	-	1,478.7	1,559.6
Costo total de implementación	58.0	1,430.3	1,284.5	1,348.0	2,872.8	3,022.8

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

La estimación del costo no incluye la inversión para reducción de las brechas en cada Red.
Proyección de aumento de acuerdo con parámetros institucionales

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

15)

Costos de implementación en gasto Seguro Salud

Peso relativo del costo de la Implementación en el Gasto del Seguro de Salud

En millones de colones

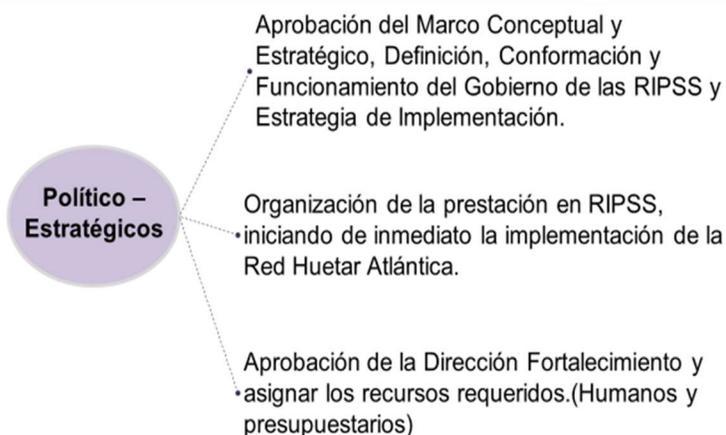
Año	Total Gasto *	Costo FPSS	Peso en Gasto
2018	2,363,276	58	0.002%
2019	2,582,647	1,430	0.055%
2020	2,826,740	1,284	0.045%
2021	3,097,675	1,348	0.044%
2022	3,397,718	2,873	0.085%
2023	3,730,054	3,023	0.081%

Fuente: Dirección Actuarial y Económica con datos del PFPSS

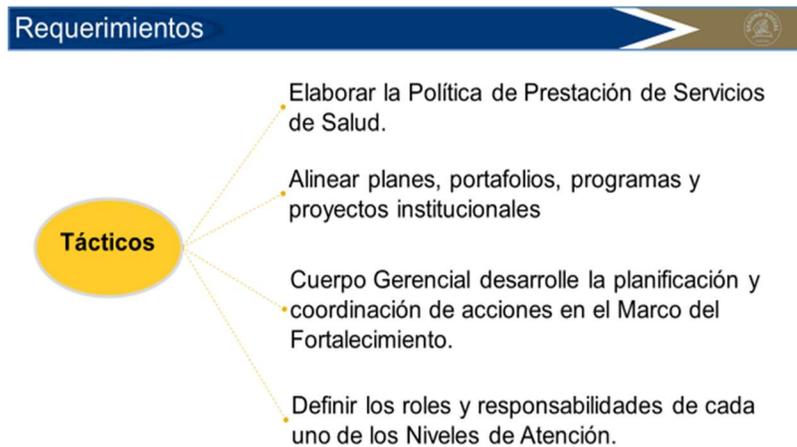
16) Requerimientos para la continuidad

17)

Requerimientos



18)



19)



20)



21)

Propuesta de Acuerdos

Por lo tanto, teniendo a la vista el Informe de cierre del proyecto de validación presentado mediante oficios PFPSS-0060-2018 (11-05-2018), PFPSS-0085-2018 (19-07-2018) y la presentación realizada por el Equipo Director del Proyecto de Fortalecimiento de la Prestación de Servicios de Salud.

Considerando:

- 1) La decisión de transformar la prestación de los servicios de salud hacia un enfoque centrado en las personas, como un proceso de interés institucional y concordante con su misión y visión.
- 2) La necesidad de continuar con el proceso de implementación de las estrategias para el fortalecimiento de la prestación de servicios de salud y organización en Red, por cuanto la población lo requiere, considerando los cambios demográficos y epidemiológicos, así como el abordaje integral de sus necesidades en el ámbito del quehacer de la institución.
- 3) La importancia de conducir el proceso de conformación, organización y funcionamiento de Redes Integradas de Prestación de Servicios de Salud a nivel nacional, así como, el acompañamiento y asesoría en la implementación de la Red Integrada de Prestación de Servicios de Salud Huetar Atlántica, en concordancia con el Programa por Resultados para el Fortalecimiento del Seguro Universal de Salud en Costa Rica (Ley N° 9396 Contrato de préstamo con el BIRF)
- 4) La complejidad, responsabilidad y especialización en esta materia demanda que la conducción del proceso disponga de autoridad formal para coordinar de forma intergerencial y articulada, el desarrollo de las acciones que vinculen los procesos de prestación y gestión de los servicios de salud.
- 5) Que el proceso de Reforma del Sector Salud, el componente de Readecuación del Modelo de Atención, así como las políticas nacionales e institucionales que se han planteado a través de los años, sientan los precedentes para promover el fortalecimiento de la prestación de servicios de salud.
- 6) Que desde la perspectiva financiera, los costos incrementales de la implementación representan un porcentaje inferior al 0,18% del gasto anual proyectado del Seguro de Salud y que adicionalmente, la implementación pretende mejorar la eficiencia y eficacia del mismo.

22)

Propuesta de Acuerdos

La Junta Directiva **ACUERDA:**

ACUERDO PRIMERO: Dar por recibido conforme el cierre del Proyecto de Validación y aprobar la continuidad del **Proceso de Fortalecimiento de la Prestación de Servicios de Salud**, declarándolo de **interés institucional**. En este mismo acto se aprueban los siguientes documentos para su implementación institucional:

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

Con base en lo anterior, se instruye a las Gerencias y sus Unidades adscritas planificar, coordinar y ejecutar las acciones dispuestas según su ámbito de competencia, de acuerdo con el marco establecido en los documentos aprobados.

23)

Propuesta de Acuerdos

ACUERDO SEGUNDO: Aprobar la organización de la prestación de servicios de salud en la Caja Costarricense de Seguro Social, mediante la conformación de **Redes Integradas de Prestación de Servicios de Salud (RIPSS)**. A partir del presente acuerdo, las siete Direcciones Regionales actuales, serán consideradas como Direcciones de Redes Integradas de Prestación de Servicios de Salud, en el entendido de que cada una de éstas deberá evolucionar progresivamente a las funciones y competencias determinadas, de acuerdo con los contenidos de los documentos aprobados en el acuerdo primero, para lo cual se instruye:

- 1) A la Presidencia Ejecutiva:
 - a) Que comunique la nueva forma de organización de la prestación de servicios de salud en Redes Integradas, e instruya a las Gerencias garantizar que la gestión institucional responda a los requerimientos de la organización de la Prestación de Servicios de Salud en Red, iniciando en forma inmediata con los ajustes necesarios para la implementación de la Red Huetar Atlántica, en concordancia con lo dispuesto en el indicador de desembolso ILD#4 del Programa por Resultados para el Fortalecimiento del Seguro Universal de Salud en Costa Rica.
 - b) Que instruya a la Dirección de Planificación Institucional y Gerencias, alinear de forma paulatina y progresiva los planes, portafolios, programas y proyectos institucionales, en el marco de la organización en Redes Integradas de Prestación de Servicios de Salud.

24)

Propuesta de Acuerdos

2) A la Gerencia Administrativa:

- a) Elaborar en un **plazo máximo de tres meses**, el Manual de Organización y Funciones de la Dirección de Red Integrada de Prestación de Servicios de Salud y los perfiles de puestos requeridos para dicha Dirección, de acuerdo con lo definido en el documento "Definición, Conformación y Funcionamiento del Gobierno de las Redes Integradas de Prestación de Servicios de Salud en la CCSS", y en coordinación con la Instancia que conduzca el proceso de fortalecimiento de la prestación de servicios de salud.
- b) Revisar y ajustar el "Manual de funciones administrativas distribuidas para la gestión de hospitales, áreas de salud y direcciones regionales de servicios de salud en la CCSS", en coordinación con las demás Gerencias, sus unidades adscritas y la Instancia que conduzca el proceso de fortalecimiento de la prestación de servicios de salud, y presentarlo para su aprobación a esta Junta Directiva, en un **plazo no mayor a seis meses** a partir del presente acuerdo.

ACUERDO TERCERO: A la Gerencia Financiera, en coordinación con las demás Gerencias y sus unidades adscritas, planificar y asignar los recursos requeridos para el desarrollo del proceso de Fortalecimiento de la Prestación de Servicios de Salud y la implementación de las Redes Integradas de Prestación de Servicios de Salud.

25)

Propuesta de Acuerdos

ACUERDO CUARTO: Se **deroga el acuerdo segundo del artículo 10° de la sesión N° 5217 de Junta Directiva, de fecha 07 de junio de 1978**, mediante el cual se crearon las Direcciones Regionales, dejando sin efecto cualquier otra disposición relacionada con estas unidades administrativas.

ACUERDO QUINTO: Derogar el **punto 3** del Acuerdo Único del artículo 7° de la sesión N° 8304, celebrada el 4 de diciembre de 2008, mediante el cual se oficializó la nomenclatura de las tres Redes de Servicios de Salud Noroeste, Este y Sur. Al derogarse, debe quedar sin efecto cualquier otra disposición relacionada con esas tres Redes.

ACUERDO SEXTO: Se Instruye a las Gerencias Médica y Administrativa para que, de acuerdo con sus competencias y en coordinación con la Instancia que conduzca el proceso de fortalecimiento de la prestación de servicios de salud, en línea con el documento "Marco Conceptual y Estratégico para el Fortalecimiento de la Prestación de Servicios de Salud", ordenen a sus instancias la elaboración de un documento técnico, que defina claramente la organización para la gestión clínica y administrativa del Primer, Segundo y Tercer nivel de atención en Red, el cual debe incluir funciones, competencias y responsabilidades de cada uno de ellos.

26)

Propuesta de Acuerdos

ACUERDO SÉPTIMO: Considerando la complejidad y relevancia del proceso de fortalecimiento de la prestación de servicios de salud en la Institución, así como los resultados obtenidos en el proyecto de validación, **se aprueba convertir la Dirección de Fortalecimiento de la Prestación de Servicios de Salud en una instancia permanente de la organización**, con criterio técnicamente vinculante para la conducción, acompañamiento y seguimiento del proceso de fortalecimiento y la implementación de las RIPSS, con el propósito de que disponga de la autoridad para coordinar con las diversas instancias institucionales, así también la creación de diecisiete (17) códigos requeridos para su funcionamiento inicial, de acuerdo con lo definido en la Estrategia de Implementación, para lo cual se instruye:

- 1) A la Gerencia Administrativa, realizar las acciones necesarias para que esta Dirección esté adscrita **temporalmente** en la organización actual a la Presidencia Ejecutiva. A la Dirección del Proyecto Reestructuración Organizacional del Nivel Central, incorporarla como Dirección de Sede adscrita a la Gerencia General, en la nueva estructura aprobada por este Órgano Decisor. Lo anterior en concordancia con lo instruido en el artículo 24° de la sesión N°8961 del 01 de marzo de 2018.
- 2) A la Gerencia Administrativa, instruir a sus unidades técnicas para que procedan de forma inmediata con la elaboración del Manual de Organización de la Dirección, considerando lo aprobado en la estrategia de implementación, plazo que no podrá superar los **dos meses**, para su presentación y aprobación por este Órgano Decisor.

27)

Propuesta de Acuerdos

- 3) A la Gerencia Administrativa y Gerencia Financiera, instruir a sus unidades técnicas para que procedan de forma inmediata con la creación de los diecisiete códigos, plazo que no podrá superar los **dos meses**, para el uso efectivo de éstas en la Dirección.
- 4) A la Gerencia Financiera, mantener la Unidad Ejecutora N°2919 y otorgar los recursos económicos para su funcionamiento. Las demás Gerencias deberán asignar los recursos que sean solicitados para su adecuada ejecución, según su competencia y aprobar su conformación como Unidad facultada para realizar contratación administrativa.
- 4) A la Presidencia Ejecutiva, comunicar a las Gerencias e instancias, que los funcionarios que actualmente se encuentran en calidad de préstamo en el Proyecto, se mantendrán en la Dirección, conservando las mismas condiciones salariales y laborales de sus unidades de origen, hasta tanto se asignen los códigos nuevos y se autoriza la sustitución de dichos funcionarios, cuando así se requiera.
- 5) De acuerdo con la Estrategia de Implementación y según lo dispuesto por los lineamientos institucionales, se aprueba excepcionalmente, la sustitución de los funcionarios que se requieran para laborar en el desarrollo de dicha Estrategia, en los casos debidamente justificados y previamente aprobados por la Dirección de Fortalecimiento.

29)

Propuesta de Acuerdos

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

ACUERDO SEGUNDO: Delegar en la Presidencia Ejecutiva y en las Gerencias la adopción de las acciones necesarias para la continuidad por el tiempo necesario del Proyecto Fortalecimiento de la Prestación de Servicios de Salud.

Ingresar el Dr. Cervantes Barrantes, Gerente Médico.

Licda. Gairaud Garro:

Hoy la doctora Sánchez no nos puede acompañar, ella está delicada de salud, posiblemente por este año no la tendremos por aquí, entonces los compañeros aquí presentes y mi persona venimos a exponerles rápidamente lo que venimos a proponerles con la finalidad de continuar el proceso de fortalecimiento de la Institución. Grosso modo nada más para recordar, esto viene desde los años noventa y tres con el proceso de reforma del sector salud y la readecuación del modelo (...) todo este procedimiento y entramos al proyecto de validación en el 2016 que fue en la Huetar Atlántica y ahora vamos para la implementación institucional, que es lo que venimos a proponerles ahora. En el proyecto se trabajaron 16 productos que son la base metodológica, para poder llevar a cabo el fortalecimiento, entre ellas aspectos tan importantes como conocer las necesidades de la población. Una herramienta que no se tenía, para poderlo poner a caminar en las redes integradas de prestación de servicios de salud y poder avanzar en lo que son los atributos de la red, lo que venimos a proponer acá es empezar de lo que tenemos, porque no podemos hacer cambios drásticos en una situación económica, que tampoco lo permitiría. Entonces, convertir las regiones de salud en las redes integradas de prestación de servicios de salud. Una vez definidas estas redes a lo interno de ellas, se podrían tomar decisiones incluso, para poder hacer más redes. No obstante, hay un cambio fundamental, porque no van a hacer lo

mismo ahora; técnicamente se propone, por ejemplo, conocemos ya las necesidades de la población, ya se van a definir procesos y subprocesos, que están en los documentos técnicos que les presentamos. En marzo ya habrá una planificación, una gestión de recursos y una evaluación integrada de la red, aparte de eso ya podrá hacerse un análisis verdadero de la situación coyuntural y la tendencia, que sería el análisis de la oferta, la priorización de las necesidades para formular y ejecutar el plan de red, que es algo con lo que tampoco se cuenta ahora en las regiones. Y aparte de eso un seguimiento y evaluación, que nos va a permitir ver cómo va avanzando esa red y poderla evaluar para resultados, todo eso en la gestión de recursos humanos y la finalidad es la sostenibilidad financiera de la red y por ende institucional. Para eso es necesario el traslado de competencias y funciones al gobierno de red, ¿por qué? porque si no le damos esta independencia a las redes ellos no podrán tomar decisiones y es lo que está pasando ahora con las regiones, que no tiene ninguna potestad en gestión de recursos humanos, ni financiera, no se trabaja en red, la evaluación es individual, entonces el traslado de competencias y funciones es muy importante, para que ellos puedan cumplir con éxito las funciones encomendadas, pero no solamente a la red sino también a los niveles locales, porque hay muchas cosas que se concentran a nivel institucional, a nivel central que podrían perfectamente resolverse a nivel local. Esta iniciativa ya empezó hace algunos años, después de la desconcentración, pero no se siguió el camino de la desconcentración, pero se puede retomar y seguir adelante, nosotros venimos a proponer la estrategia de implementación en tres grandes componentes. La gestión del cambio, que es lo que sería el éxito o el fracaso de cualquier desarrollo que se plantea, la gestión del cambio es fundamental, poder convencer al recurso humano institucional, poder no solo convencerlo de qué es lo mejor, sino que también ellos cambien su manera de trabajar, cambien su manera de ver la Institución de ver los procesos, tenemos que vencer la resistencia, la gestión del cambio es fundamental. Es un componente para nosotros muy necesario, para poder desarrollar las redes integradas de prestación de servicios de salud, este periodo de transición, organización, funcionamiento y consolidación del desarrollo de las redes es fundamental, porque aquí por ejemplo, en el de transición es la toma de decisiones, ya aquí vamos rezagados porque el 2018 nos hemos quedado rezagados con las decisiones en Junta ,que se requieren para poder avanzar con las redes y con el fortalecimiento de la prestación, esta es la toma de decisiones la organización y funcionamiento; ya aquí vendría a definir el manual de organización de las redes, que ahora no se cuenta con un manual de organización de las regiones, se vendría a definir los perfiles de puestos para el director y para el grupo de dirección de esa red y posteriormente, ya la consolidación se avanzaría con los planes de gestión conociendo las necesidades de la población y también planes de mejora, evaluación y seguimiento y no menos importantes el desarrollo de elementos, para el fortalecimiento. Ya se desarrollaron algunos con el periodo de validación, pero no se pudieron realizar todos los que están en el marco conceptual, porque teníamos solamente dos años para hacer el proyecto de validación, entonces entre los 16 productos hay otros también, que ya están priorizados en los documentos técnicos, que les presentamos que tienen que continuar innovando, porque eso es dinámico ya este proceso en que entramos es dinámico. Tiene que seguirse innovando, tiene que seguir cambiando y mejorando, el cronograma de implementación; así grosso modo es importante aquí recalcar que esta es una propuesta técnica, que no obstante, por ejemplo en lo que son ahora en la implementación de las diferentes redes, esta es la propuesta, pero en el plan de implementación que tiene que desarrollarse ya se va a tratar con la Gerencia Médica y podría ser que se valoren otros aspectos, pero en principio esto es lo que se propondría para avanzar con el desarrollo de las redes integradas, la gestión de cambio y el desarrollo de elementos para el fortalecimiento. Muy importante aquí resaltar que ya la Huetar Atlántica, por ejemplo ellos ya están con red y están haciendo funciones de red y de

gobierno y ellos tiene un plan de gestión, que está siendo evaluado por la OPS (Organización Panamericana de la Salud), por el Banco Mundial, ellos responden a un indicador que los va a venir a evaluar el cumplimiento ya implementado y publicado en el 2022, eso va o va porque de eso dependen también millones, que tiene que desembolsar el Banco Mundial. Entonces, ya la Huetar Atlántica inició este proceso. El problema es que ellos no están ahorita protegidos, ellos siguen trabajando con una Dirección Regional también y también los mismos, tienen que seguir avanzando con la red, entonces se les está haciendo bien complejo y nosotros los hemos apoyado en todo lo que hemos podido, pero nos falta apoyo, les falta recurso. Para poder hacer esto es importante resaltar que nosotros venimos a proponer, después de hacer todo un planteamiento técnico al respecto, una dirección conductora del proceso para poder llevar a cabo, todo lo que grosso modo aquí les venimos a plantear, que está bien desarrollado en los documentos técnicos que en su momento se aportaron. Esa dirección conductora del proceso en la sesión 8961 de marzo la Junta Directiva, valoró en ese momento que las instancias técnicas se pronunciaran. No obstante, las instancias técnicas dicen que se encuentran inhibidas de poder hacer temporalmente una instancia por un acuerdo de Junta Directiva del 2015, que dice que no pueden hacer ni funcional, ni organizacional, mientras tanto no estén los resultados de la reestructuración. Entonces, nos dejaron atados de manos, Recursos Humanos dice que si es una instancia funcional ellos no nos pueden hacer una plantilla y la gerente técnica de la Dirección de Desarrollo Organizacional está inhibida, mientras esa condición se dé, entonces en ese estado es que estamos. Esta instancia es importante, porque nosotros en su momento la Junta consideró que era necesario que fuera interinstitucional, intergerencial y multidisciplinaria, precisamente para poder no centrarla en la Médica para que esto se pudiera hacer, porque el día a día de la función ordinaria no permitiría que esto avanzara, entonces para garantizar esa continuidad, para poder articular con las instancias y para poder dar seguimiento y evaluar los resultados, se requiere una instancia conductora de este proceso. Entonces, con siete funcionarios y dieciocho códigos intermitentes, porque eran por servicios especiales, que tenían una vigencia de once meses nosotros pudimos en tiempo y forma y de forma exitosa, realizar el proceso de proyecto de validación en la región Huetar Atlántica. No obstante, según también nuestro criterio técnico desarrollado en los documentos y en la estrategia de implementación consideramos que dé inicio para poder continuar con lo que venimos aquí, a presentarles los tres componentes de la estrategia, que requeriríamos como mínimo 17 funcionarios. Estos funcionarios responden a las necesidades que nosotros hemos planteado, para poder desarrollar de acá esos tres componentes, por lo menos poderles dar el seguimiento y además, contemplando los que ya estamos aquí que estamos en calidad de préstamo, pero ya de larga tres años, cuatro años.

Director Devandas Brenes:

(...) este proyecto se aprobó en Junta Directiva y se aprobó impulsarlo en la Huetar Atlántica incluso, no como validación; eso fue una discusión a fondo no era de validación, sino ya de ejecución ponerlo en práctica y en la Huetar Atlántica ya, prácticamente, faltan cosas pero todo lo fundamental ya se hizo y las enseñanzas y las experiencias de la Huetar Atlántica, incluso, algunas ya se han replicado en otras áreas de la Caja. Pero ahora se necesita que el equipo termine lo que falta en la Huetar Atlántica y pase a otra región, que lo que sí se vio, es que sería muy ambicioso que se empiece en toda la Caja al mismo tiempo. Eso es muy difícil por la complejidad de la Caja. Entonces, estos compañeros han estado haciendo ese trabajo de préstamo, es decir, las diversas unidades los prestan, pero eso genera una serie de inestabilidad y de problemas y con las mismas unidades que los prestan. Entonces, ahora ellos nos están

planteando que para continuar lo que requieren, para poder que este proyecto, que realmente es un proyecto muy exitoso, es decir, las cosas que se han logrado en la Huetar Atlántica transforman radicalmente la concepción de la prestación de servicios porque arranca desde el EBAIS hasta el Hospital (...). Entonces, creo que es uno de los proyectos más importantes y lo que decía don Álvaro, esto ya se vincula con el proyecto de reestructuración del nivel central, porque entonces ahora viene desde arriba, ahora para abajo entonces, cómo va a funcionar redes la red, la Dirección Regional, perdone que la interrumpiera, pero es un poco porque como hay compañeros nuevos en la Junta para ponerlos al tanto un poco de este esfuerzo.

Licda. Gairaud Garro:

Gracias, don Mario. En este aspecto si es importante mencionar que la experiencia que nosotros tuvimos con los funcionarios, por ejemplo, se nos pensionó una compañera y la plaza no fue restituida ,la persona la perdimos, a otro compañero le salió una mejor oportunidad en otro centro y perdimos la plaza y cada vez íbamos perdiendo más recurso humano con que llevarlo a cabo y porque las plazas no eran del proyecto no son de fortalecimiento, sino son de cada unidad, entonces las fuimos perdiendo, no las pudimos reponer y eso también nos causó una recarga de trabajo importante, que para la misión que ahora nos espera para poder hacer todo el desarrollo de los componentes de esa estrategia definitivamente, no se puede hacer sin el recurso humano necesario.

Esta es la estimación de costos, creo que ya en marzo para los que estuvieron presentes lo habíamos presentado, esta es la estimación que se hizo. Esto incluye el desarrollo de los tres componentes, incluye también los gobiernos de red que faltan que, tentativamente podrían faltar por desarrollarse, este sería el costo ya estimado.

Doctor Macaya Hayes:

Perdón, ese costo es “ok”, es anual, cada año y eso es en millones.

Licda. Gairaud Garro

Sí, señor en millones de colones.

Ing. Sancho Chacón:

Estos son costos incrementales, el costo operativo de las Direcciones Regionales actuales no se consideró como parte, sino costos incrementales, básicamente (...) a la realización de los componentes que en toda la parte (...) es nueva, entonces digamos, los costos tiene una parte de servicios personales, que son relativos de las plazas, que se están planteando una parte variables, en vista de lo desarrollado en el proyecto y la experiencia, que hemos tenido si hemos visto que en las regiones (...) redes se va a requerir alguna sustitución de funcionarios, porque su labor ordinaria diaria va a ser muy difícil aportar de lleno en la implementación. El cambio es muy grande y entonces, lo que planteamos ahí es algunos recursos para poder financiar algo similar a lo que ha hecho el EDUS, por ejemplo, durante un tiempo algunos recursos que se puedan sustituir y el resto son actividades operativas, lo que sí se hizo fue una estimación de cuando ya se tuvieran que constituir de acuerdo con la propuesta técnica, las regiones centrales posiblemente se tengan que dividir la cantidad de población y establecimiento de todo eso

inmanejable, para tener un conocimiento real de las necesidades (...) el fortalecimiento en su conjunto, entonces, se plantea que ahí va a tener que haber alguna dimensión de nuevas redes, entonces se trató de costear lo que (...) incrementalmente generar nuevos gobiernos de red. Eso es lo que está, más o menos costado ahí.

Director Steinvorth Steffen:

Entonces, por cada red estaríamos esperando eso.

Ing. Sancho Chacón:

No, esto es para todo.

Director Steinvorth Steffen:

Para todo el país.

Ing. Sancho Chacón.

Si, digamos esto incluiría la proyección bueno, aquí estaba a cinco años eso abarca un poco más, pero no es por cada red, sino que es ya (...).

Licda. Gairaud Garro:

Sí, es importante complementar el anterior, considerar esto se hizo con la Dirección Actuarial económica y son los costos de implementación. En gasto del seguro de salud es un 0.081% que no es verdaderamente representativo el gasto y además, también nosotros tenemos conocimiento o bueno, expusimos la vez pasada que en las modalidades ambulatorias, según se pudo hacer un estudio en el Tony Facio, hubo una disminución importante en el costo de hospitalización, precisamente todo esto se plantea para disminuir, son modalidades diferentes para que la gente no quede hospitalizada y entonces, eso nos permite ahorrar. Se pudo hacer en el Hospital Tony Facio ese fue cómo trabajamos la Huetar Atlántica, ese fue lo primero que se hizo y efectivamente sí, sí hay una disminución importante.

Doctor Macaya Hayes:

¿Y en qué consiste?

Licda. Gairaud Garro:

Vamos a terminar lo de los costos y desarrollamos un poco lo que fue el proyecto.

Directora Solís Umaña:

¿En qué consiste este fortalecimiento? ¿Qué es lo que?

Ing. Sancho Chacón:

Esto es un poco la estimación que se hizo de posibles ahorros en hospitalización por la implementación de modalidades alternativas (...) el hospital de día y de atención diferenciada en primer nivel, dos modalidades en la Huetar Atlántica, ellos ya tienen algunos años de venir (...) del Hospital de día y la atención diferenciada, que son dos modalidades que se realizan en la región Atlántica, ellos ya tienen algunos años de venir implementado estas modalidades. Entonces, se pudo tener datos disponibles, porque por ejemplo el Hospital de Guápiles también las ha implementado, pero los datos no estaban claros, para poder llegar a hacer una estimación y eso, también, con Dirección de Actuarial hicimos de acuerdo con lo que está estipulado por el costo del día y hospitalización de acuerdo con los días (...) de hospitalización, en estas modalidades de ambulatorias se pudo determinar posibles ahorros en el costo. Aquí lo que hay que tomar en cuenta es que yo quito esa parte de presupuesto, en realidad es una mayor eficiencia digamos en el uso de los recursos, porque normalmente las camas se utilizan para otras personas, que también lo ocupan, pero, si es una forma de estimar ahorros con la implementación por ejemplo, de modalidades ambulatorias; luego hay otros impactos más a largo plazo que tienen que ver con a la hora de fortalecer el primer nivel la promoción y la prevención de llegar con el tiempo a impactar en la sostenibilidad del seguro, esas son (...) más complejas.

Licda. Gairaud Garro:

Este es el marco de fortalecimiento, esto es lo que actualmente presenta la Caja Costarricense de Seguro Social en lo que es la prestación de servicios de salud una atención centrada en la enfermedad y programas fragmentados, una planificación y una prestación orientada de la oferta de servicios, una atención episódica y reactiva en la cual hay un seguimiento verdadero del paciente, por toda la red de servicios, una organización institucional de la gestión y prestación de servicios fragmentada. Cada nivel trabaja de forma independiente, cada local trabaja de forma completamente independiente por sus recursos por la prestación en general, no trabajan coordinados. La coordinación es de palabra, hay unas redes existentes, tres grandes redes, pero ellas verdaderamente no funcionan como tales y eso ya hay vastos documentos técnicos, que demuestran que no trabajan como una red, información limitada y ocasional, reporte a nivel superior lo ejecutado. Esto también tenemos un grave problema, porque es mucha información en la Institución, pero no ha habido herramientas para toma de decisiones de esa información entonces, eso también viene, bueno, esta es la situación actual hay una asignación de recursos basada en requerimientos por la oferta por establecimiento y base histórica, esto es súper importante, porque ahora vamos a poder conocer las necesidades de la población y tomar decisiones en la red, precisamente, basados en las necesidades de la población y tomar decisiones en la red, respondiendo a un enfoque centrado en las personas, que es la razón de ser de todo lo que es el marco conceptual de la prestación de servicios de salud. El enfoque centrado en las personas es la parte más importante, porque aunque para ellos y se ha dado lo mejor, no necesariamente respondemos a las personas, hay una mayor participación comunitaria, acciones de mejora de la continuidad de la atención. En la Huetar Atlántica pasa algo muy interesante, hay grupos muy bien organizados de la comunidad, que trabajamos con ellos en buen trato por ejemplo, también trabajamos algunos aspectos de líderes comunitarios, ellos participan también en la toma de decisiones, todo el proyecto fue realizado también con la comunidad. Por eso también la comunidad de la Huetar sobre todo, tiene altas expectativas del desarrollo de proceso de fortalecimiento en la Institución. Aquí ya planteamos una planificación que concilia la oferta y la demanda a partir de las necesidades de prestación de los servicios, una atención continua,

integral, integrada, avances de la promoción y prevención, alcances y roles definidos; esto también es muy importante, porque en la Institución no hay alcances ni roles definidos, para los niveles de atención, primero, segundo y tercer nivel; entonces es algo que también nosotros estamos promoviendo y planteando en este proyecto, en lo que fue el proyecto y ahora en el proceso, la organización de la prestación en red con un gobierno de red, con delegación de competencia y objetivos comunes, pero más que eso nos va permitir conocer qué hacen, tener un plan de gestión que ahora no se tiene, nos va permitir conocer qué hacen ellos, van a tener muy claro qué es lo que les corresponde hacer como un gestor de red, un director de red, como un equipo de red y a cada uno de los que compongan esa red que es, primero, segundo y tercer nivel también, van a tener claro qué es lo que les corresponde, un sistema integrado de información orientado a la toma de decisiones para la gestión. Volvemos a lo mismo tenemos mucha información, pero no hay toma de decisiones. Con esa información ahora sí la va a ver y una asignación de recursos, basada en las necesidades de prestación de servicios de salud, ajustada por riesgo, porque también una de las metodologías que se desarrollaron en el proyecto, fue la metodología de riesgo de esa población, necesidades, riesgo y espacio población: tres metodologías fundamentales, que ahorita no se tenían, esto sería el marco grosso modo, muy general de lo que nosotros venimos a proponer como el fortalecimiento de prestación de servicios de salud.

Dr. Villegas del Carpio:

(...) por primera vez ya tenemos un resultado muy positivo en eso, ya tenemos la herramienta, duramos mucho tiempo en desarrollar la herramienta. Fue muy complejo, pero ahora podemos tener tanto por persona y por espacio de población, podemos ocupar por sector, área de salud por región y tenemos más de cien indicadores, alrededor de 21 temas que incluyen enfermedades transmisibles, no transmisibles, exceso de servicios de salud y casi que la mayoría de problemas prioritarios de salud del país, los podemos cuantificar y medir con esa herramienta, el nombre que se utiliza para eso es un “dashboard” que permite mostrar la información de una forma muy sencilla, muy gráfica, para la gestión para la toma de decisiones justamente a nivel local, a nivel de red y por primera vez aquí, a nivel central. Esa información no estaba disponible entonces por primera vez, vamos a poder ver por ejemplo, prevalece diabetes vamos a poder ver el acceso de los servicios de salud de la gente con diabetes y si están asegurados o no y otros datos como sexo, edad, etnia.

El doctor Macaya Hayes le da la palabra al director Salas Chaves.

Director Salas Chaves:

Gracias, Presidente. El día viernes pasado fuimos a San Carlos y las distintas unidades, las áreas de salud presentaron una situación de salud, de cómo están las cosas y qué cosas requieren en Ciudad Quesada, el centro donde uno tiene el hospital regional de la Huetar Norte y es el sitio que desde el punto de vista social y económico es el de más desarrollado de toda la zona. Ahí nos presentaron el ranking donde se encuentran, nos informa que la cobertura del seguro de salud es del 46%, yo me quedé sin habla, o sea, si en Ciudad Quesada centro la cobertura del seguro de salud es del 46%, ¿qué pasó? Si yo cojo esa columna de actual y la pongo cuando comenzamos los EBAIS es exactamente la misma, no le cambió nada, es exactamente igual y vos lo sabés muy bien, cómo Ciudad Quesada con un 46%, entonces en cuánto está Guatuso, en cuánto están Los

Chiles y qué es lo que pasa, pasan cosas terribles. Cuando yo estaba en la Caja fuimos a Limón, porque tenía los indicadores más malos de cáncer cervicouterino, entonces era muy extraño por qué tanto cáncer en Limón y fuimos a conversar con una mujer excepcional que hay ahí, una enfermera que es la que maneja la atención ambulatoria y el hospital de día excelente, y nos contó que las mujeres se presentan, pero no tienen seguro y tienen que dar media vuelta e irse. Venían hacerse el Papanicolaou, ah bueno ahora voy entendiendo; había otras causas, otra era que a los hombres no les gustaba que el Papanicolaou se los hiciera otro hombre, sino que tenía que ser una mujer. Había un problema cultural ahí, pero el problema más importante era que no tenían cobertura del seguro de salud, entonces por favor, qué pasó, entonces, hablé con la doctora Daisy Corrales, que es la persona que ha hecho más estudios en la Caja sobre aseguramiento, ahí tengo la filmina me la mandó porque yo me quede viendo al revés con esa información, entonces me explica que el problema radica en que la propia Institución cierra la ventanilla de aseguramiento a instancias del Director Médico, porque si no la lista de espera se le vuelve inmanejable, entonces si yo cierro ya no hay clientes, entonces los problemas que ella tuvo, la podemos traer aquí para que nos lo cuente directamente en Los Chiles y en Alajuelita, hicieron dos, era ese y ella tuvo un problema con el Director Médico, decirle no, yo vengo a asegurar mi rol, es de asegurar la gente si usted la asegura y después se va para San José y yo me quedo aquí con todos los asegurados, adónde los veo, con quién los veo y por eso yo pienso que tenemos que tener un enorme cuidado, porque resulta que la orden es de que usted me muestra sus derechos de asegurado y yo le enseño cuáles son sus posibilidades, si no es así no va a pasar nada. Entonces hoy hemos estado viendo este tema todo el día de diferentes ángulos de la reestructuración y todo lo demás, entonces cómo podemos hacer para asegurar a esa gente y cómo podemos hacer para proveer los servicios de salud, que yo estoy absolutamente de acuerdo con usted, que sería una maravilla si podemos hacer eso, porque hace 20 años dijimos lo mismo, entonces uno se preocupa, porque ahora lo que vamos a tener de diferente es que el EDUS nos lo va a informar ya cuantitativamente, clarísimo. Aquí el problema que pasa es este otro, pero ya no solo como un plan piloto que hizo Daisy de ir a asegurar, sino ya real y completo. Entonces esta mañana plateábamos la necesidad de ponerse realmente a pensar cuál es la solución que podemos garantizarle a las personas, que no están aseguradas, porque y don Mario lo decía muy bien, aquí llegará el día que en habrá una Gerencia de Aseguramiento precisamente, porque ese es el gran problema, una vez que yo formo parte de los planes de la Institución va perfecto, mientras no forme parte, no prospera y qué pasa que la oferta al menos en la Huetar Norte es una oferta estática en este momento, porque no tiene capacidad de expansión. Ustedes sí han podido, gracias al proyecto, ir ampliando la oferta y tienen más posibilidades de poder manejar todos los planes que tienen de hospital de día, de manejar ambulatoriamente a más gente. Pero si ustedes no están verificando que estén asegurados, nos vemos en la cárcel, porque resulta que uno no puede regalar lo que no es de uno, son fondos públicos y resulta que hay que resolverlo de esa manera. Entonces, a mí me parece, tal vez no me expliqué bien esta mañana, en el sentido de que tenemos que ponernos de acuerdo con pensar, es decir no solo, si está bien, esta es la tendencia, esa es la propuesta mundial, ahí va muy bien, vamos a hacer la cobertura universal, muy bien en el discurso todos estamos bien. No, no sentaditos ahí en Limón o en San Carlos cómo podemos nosotros buscar una cobertura de servicios de salud, que cubra estas grandes poblaciones porque nos queda más de la mitad sin cubrir, ahora hay que decir que por ejemplo, los niños tienen una cobertura propia por ley. Ahí dichosamente estamos cubiertos todos los niños, las embarazadas igualmente, pero probablemente tenga más derecho un extranjero inmigrante que llegó y se metió y se coló, que uno nacional que está ahí, porque al otro lo cubre el Organismo Mundial de las Migraciones y hay acuerdo y Costa Rica es signatario de todos los acuerdos internacionales, pero

el nuestro no. Entonces yo pienso que tenemos que hacer un enorme esfuerzo antes de seguir, y a mí encantó el cuadro anterior, donde sale la Huetar Norte de segundo, vamos con esta gente estos de la norte, los que son periféricos de la frontera están pasándola como Guatuso muy mal, y el médico que se presenta ahí con la presidenta de la Junta de Salud, heroico verdad, el tipo con ganas de trabajar, con ganas de hacer cosas, pero hay una capacidad máxima, que ya no puede pasar de ahí entonces, necesita auxilio rápidamente, que le manden más médicos y unas enfermeras, aun en el modelo actual sin modificar; entonces, yo quiero relatarles a ustedes, no sé de qué forma explicarlo, en el sentido de buscar muy costarricenseamente y muy dentro de nuestras posibilidades, la manera de poder lograr cubrir esta gente. Les pongo un ejemplo, cuando el Dr. Herman Weinstock y después, el Dr. Edgar Mohs plantearon toda la salud rural todos los programas de salud rural comunitario, no había médicos, no se podía y la gente se moría de malaria y todas las cosas, pero se encontraron que el éxito que estaban teniendo los programas de malaria era porque tenían rociadores de “DDT” metidos en las montañas. Entonces, la genialidad del doctor Weinstock, del doctor Lenin Sáenz, del doctor Hugo Villegas que en ese momento era nuestro asesor en Costa Rica de malaria, justamente de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), fue que revisando los mapas, las poblaciones, las ubicaciones, revisando el material nuestro y encontraron que esos rociadores si yo los capacitaba tres meses como para que dieran antiparasitarios. Los que estaban entregando ya maláricos, dieron hierro, dieron ácido fólico a las embarazadas, cinco cositas si solo esas cinco cositas pudieran hacer, nosotros daríamos un salto cualitativo. Bueno hoy mostrábamos el gráfico donde cae la mortalidad infantil con cositas así de básicas, pero donde estuvo el secreto en capacitar a un recurso que ya estaba ahí metido y que era querido y que era de confianza de la comunidad entonces capacitamos a este (...) Colegio de Enfermeras calló y dijo de ninguna manera nadie, quién ha visto tratando gente, el Colegio de Médicos atrás, todo el mundo bueno, pero precisamente qué es lo que tenemos de planes, nuestros planes son cubrir a la gente, bueno, vamos a cubrirla con lo que tengamos disponible, qué me importa a mí si le gusté o no le gusté a usted. El asunto es que necesitamos cubrir a esta gente hasta que se logró avanzar en esa línea, trabajando con poblaciones de menores de 500 personas que era donde se concentraba la desnutrición, parásitos, la anemia y la muerte, la tuberculosis, la lepra todo y que estaban totalmente aislados, pero sí estaban cubiertos por este personaje, el rociador, y así nace la salud rural en este país, pero la genialidad estuvo en sentarse a pensar sobre los números nuestros ¿Qué podemos hacer? Y yo pienso que en esta oportunidad nos toca, Presidente, sentarnos a pensar seriamente a echar mano de todas las habilidades, que tengamos para lograr efectivamente garantizarle a esa gente esa cobertura, un aseguramiento, como lo llama usted, un tipo de aseguramiento que inclusive en el documento de la doctora Daisy Corrales, ella propone un paquete de servicios con el objeto de incluirlos de alguna manera en ese paquete de servicios. Cosa que eso es difícilísimo en este momento. Yo me voy a la Sala Cuarta y se me echan atrás todo probablemente, pero quiero decir hay propuestas en ese sentido no de tener clase uno, dos, tres no es eso, es lo que se le puede ofrecer a la persona que no está asegurada, pero con toda la contracción del mundo cuando ya el cáncer ya es obvio y notable ahí sí se le puede atender y es una emergencia y salimos corriendo y no cuesta 14 millones de pesos y la persona fallece. Entonces, yo me ofrezco de viejito, ya a sentarse a pensar qué cosas hay que hacer, revisar todos los actuarios, con los actuarios revisar con todo el mundo, qué podemos hacer para lograr mejorar las coberturas, porque toda esta maravilla que yo aspiro a que suceda igualmente y todos nosotros, se nos va a truncar si no tenemos garantizada la cobertura.

Director Steinvorh Steffen:
¿Porque escogieron la Huetar como segundo raiting?

Licda. Gairaud Garro:

Hay un grupo técnico que en su momento trabajó uno de los productos que es el de gobierno de red, desarrollo, definición del gobierno de red es un grupo técnico.

Director Devandas Brenes:

(...) cuando ese proyecto estaba terminado ya viera la discusión aquí, que yo quería que fuera en Heredia, porque Heredia está todo muy juntito y yo vivo en Heredia y don Rolando Barrantes quería que fuera en Nicoya, porque él es de allá y la doctora Sáenz quería que fuera en el sur y entonces los compañeros recurrieron a una técnica muy abusiva, porque hicieron un cuadro de indicadores sometieron a todas las regiones a esos indicadores y sin que nadie sospechara salió de primer lugar la Huetar Atlántica y cuando lo presentaron aquí todos tuvimos que quedarnos callados, porque no había forma de contradecirlo para responder de su inquietud fue una experiencia muy buena, porque fue un estudio con una gran cantidad de indicadores y a todas las regiones la sometieron a la misma calificación y la Huetar Atlántica salió primero y entonces para y creo que fue una experiencia muy buena aquí de trabajar con indicadores técnicos, que eliminen hasta donde sea posible la subjetividad, porque siempre algo se va colar pero esta vez viera que fue muy interesante, además Villegas nos dejó absolutamente callados no podíamos decir nada y en un minuto se aprobó la propuesta de los compañeros, perdone la interrupción.

Doctora Solís Umaña:

Para que más o menos ya capté qué es el asunto, pero unas preguntas, en este momento estamos con un Director Regional, ¿Cuál va a ser la transición qué, ponerle nombre de gerente a ese director?

Licda. Gairaud Garro:

Lo que nosotros venimos.

Doctora Solís Umaña:

¿O sea, la regional qué va a cambiar? Esa es la primera pregunta, la segunda es ¿cómo conceptualizaron el hospital de día?, ¿qué entienden ustedes por hospital de día? ¿qué es lo que van a hacer en el hospital de día?

Directora Jiménez Aguilar:

Yo les pediría que por favor nos cuenten un poco, porque pareciera la (...), que nos están explicando algo que podría suceder, pero ustedes ya han trabajado ya tienen el resultado para que conozcamos un poco de experiencia.

Doctora Solís Umaña:

Perdón, y la tercera era en ¿cuánto tiempo es que van a tener a todo el país en esto?

Licda. Gairaud Garro:

Muy bien, puntualmente primero este orden de las redes responde a criterios de viabilidad y criterios de prioridad, conforme se estableció en su momento la región Atlántica, ese grupo técnico aplicó esos criterios de viabilidad en el documento, para poder definir el orden que iban a ocupar estas regiones, para el desarrollo de ellas. No obstante, eso también con la Gerencia Médica en su momento ya en el plan de implementación se puede revalorar nuevamente con esos mismos criterios, porque son técnicos que permiten ese desarrollo. La segunda pregunta lo de la Dirección Regional muy bien en la Caja este es un proceso gradual y progresivo, las Direcciones Regionales hace mucho tiempo que ya no vienen funcionando como tales, pero nosotros estamos proponiendo trabajar con lo que tenemos, esa Dirección Regional convertirla en red integrada de prestación de servicios de salud de manera gradual y progresiva. Vamos a trabajar con ellos en los aspectos, ya van a tener un manual de puestos que viene a definir qué hace el director y qué hace un equipo de red, que no lo tenemos ahora. Se va a definir también en la estructura qué es lo que lo le corresponde hacer a esa dirección y a esa red que tampoco se tiene; se va a trabajar, ahora sí se conocen las necesidades de la población y se van a trabajar planes de gestión, para poder abordar esas necesidades y empezar a trabajar con el gobierno de red. Es un cambio radical, pero se tiene que hacer poco a poco, porque es una organización muy grande, son más de 55 mil funcionarios y si llegamos como hay dos factores acá que la historia nos ha enseñado una es que si el cambio se implementa y se deja, con el tiempo se pierde como pasó en los noventa, con el tiempo entramos en lo ordinario, en el día a día y se perdió. Otra que nos ha enseñado también, es que si no les damos las competencias y potestades y funciones a esas redes no pueden realizar su trabajo. Si comenzamos toda la toma de decisiones en el nivel central no los dejamos trabajar, les vamos quitando las potestades, no les damos esa libertad para que puedan organizarse en red y trabajar y tomar decisiones, volvemos a incurrir en lo mismo que tenemos ahora. Entonces para la mejora de la prestación de servicios para la población lo mejor es dividirlo en espacios de población, que yo pueda administrar de forma ideal, eso es lo que venimos a proponer, porque el problema sería quitamos nosotros el grupo técnico, este proyecto ya trabajó incluso una plantilla establecida, para red integrada de prestación, que también poco a poco se tiene que ir dando ese cambio. El problema es que son cambios que se tienen que dar paulatinos, porque con una gestión de cambio bien planteada, donde la gente se sienta parte del cambio, sienta que es lo mejor para ellos, no solo para la población, para los trabajadores también, entonces eso es lo que nosotros venimos a plantear acá de acuerdo con los estudios técnicos pertinentes.

Ing. Sancho Chacón:

Tal vez, para complementar un poco el cambio de Direcciones Regionales a Redes. Bueno, parte de lo que se definió es que los Directores Regionales están nombrados por periodos cortos, la Gerencia los venían nombrando algunos mes a mes, otros cada tres meses, máximo como seis meses, entonces lo que se plantea aquí es que (...), un perfil de gestor de red y se haga un proceso de reclutamiento de ese gestor de red, conforme van venciendo los nombramientos de Directores Regionales de acuerdo con las competencias que tiene que tener ese gestor de red,

para realizar algunas funciones, digamos basados en el manual de organización de las Direcciones de Red y en un perfil de director que yo pueda hacer una elección ordinariamente y de acuerdo con las competencias, por ahí viene un poco de la transformación en cuanto a personas como tal.

Licda. Gairaud Garro:

Respecto a las modalidades innovadoras.

Dra. Esquivel Jiménez:

El hospital de día (...) no solamente la región Atlántica (...) hospital de día (...) centros de tercer nivel con hospital de día y tenemos hospitales periféricos regionales. ¿Qué hicimos? capacitamos a todos bajo la dirección de la Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud de la Gerencia Médica, el proyecto lo que hizo fue promover que se trabajaran (...), se pusieran de acuerdo, que se hiciera un manual de funcionamiento de un hospital de día, definiendo los procesos que se deben realizar y los recursos que requieren para hacerlo. Entonces, unificamos los hospitales de día bajo un manual, que es evaluado por la Dirección de Desarrollo y que va a hacer las intervenciones (...) basada en evidencia, entonces ya no tenemos a unos haciendo, ya hay intervenciones (...) y otros haciendo lo mínimo, sino que buscamos llevarlos todos a un estándar, para poder hablar de lo (...) hospital de día y así en cuestión de dos años desarrollamos seis modalidades innovadoras, que normalmente (...) desarrollar cinco modalidades basados en esta nueva perspectiva de proyecto, que es facilitarles las cosas a las personas.

Doctora Solís Umaña:

¿Y cuál es la logística?

Dra. Esquivel Jiménez:

Es complejísimo porque (...).

Doctora Solís Umaña:

¿Qué hacen en el hospital de día?

Dra. Esquivel Jiménez:

En el hospital de día lo que hacen es que una vez definido por el médico tratante que esa persona puede necesitar una intervención hospitalaria, pero no necesariamente es continua, o sea, que (...), en su casa se define que puede pasar al hospital de día, donde se le hacen intervenciones y la persona puede regresar a su casa. Con esto la persona se va contenta, se disminuyen cargas hospitalarias (...), alimenticia y las personas ya han demostrado que el porcentaje del cumplimiento de tratamientos, todo esto mejora muchísimo. Entonces, es simplemente una intervención hospitalaria que se da durante el día durante de 8 a 12 horas, es simplemente pasarlo hospitalizado, que no tiene por qué dormir ahí, porque puede estar en su casa a una sección

especial del hospital (...) camitas que rotan rápidamente y nos permiten liberar las camas, para los pacientes que realmente necesitan permanecer hospitalizados.

Doctora Solís Umaña:

Yo fui la promotora no, no porque ya existía desde el año 1977, más o menos el Hospital Geriátrico, el hospital de día en el Hospital Geriátrico, cuando yo vine de allá lo rediseñé completamente de acuerdo con lo que había aprendido en hospitales de día de Italia, más lo que traía el doctor Morales de los hospitales de día de Edimburgo.

Dra. Esquivel Jiménez:

De hecho, el Geriátrico aportó muchísimo. En este proceso ellos participaron activamente, pero se define que es un poco diferente, según el nivel de atención entonces, incluso (...) para que pueda (..)

Doctora Solís Umaña:

No es que seamos egoístas, pero es que por ejemplo nosotros creemos que el concepto de hospital de día a nivel de una región o un hospital general, es muy diferente a lo que es un hospital de día geriátrico en un hospital.

Licda. Gairaud Garro:

Para contestar la otra pregunta definitivamente, nosotros tenemos bastante camino ya andado, tenemos ya el proyecto de validación, que se realizó en la Huetar Atlántica, por llamarlo la primera fase, la primera etapa de esto concluida de forma exitosa y tenemos ya los dieciséis productos caminando. Estamos trabajando con la Huetar Atlántica en lo que es la red, ellos van o van por lo del Banco Mundial, que explicábamos al principio. Ya nosotros vamos encaminados en la etapa que estamos presentando acá es la toma de decisiones precisamente, son requerimientos políticos estratégicos, para la aprobación de la documentación que nosotros tenemos técnica, que es del marco conceptual y estratégico, eso en su oportunidad ya se aprobó, pero estaba sujeto al periodo de validación. Ya se validó, ya se actualizó conforme los nuevos lineamientos de la Oficina Nacional de Semillas (ONS), de la OPS la definición, conformación y funcionamiento el gobierno de las redes, que es donde viene todo lo que es, cómo se plantea, cómo se hace el gobierno de red, cuál es el plan, cuáles son el plan de gestión, sus procesos, su plantilla está establecido ahí y la estrategia de implementación con los tres componentes, para darle seguimiento a este proceso de fortalecimiento, que también se les explicó anteriormente, después la organización de la prestación en redes integradas iniciando de inmediato con la implementación de la Red Huetar Atlántica, porque ellos tienen el problema de que hacen doble labor: están trabajando como Dirección Regional a nivel institucional, pero también tienen el plan de gestión que va a venir a evaluar la gente de la OPS para el Banco Mundial, entonces necesitan estar protegidos, también esto tiene muy bien siguiendo la línea de las Direcciones Regionales. En el año 78 la Junta Directiva decidió dividir el país en regiones a cargo de un director regional, entonces no hay una norma, no hay una ley que tengamos que derogar para poder implementar en la Caja redes integrales de prestación, es por medio de un acuerdo de Junta que sería lo que hay que derogar. En este proyecto también hubo un grupo técnico normativo, que se dedicó a indagar

a buscar hasta debajo de las piedras, aquí en la Caja, coloquialmente hablando, qué había, qué sustentaba las Direcciones Regionales y lo que tenemos es ese acuerdo de Junta del año 78 desde ahí viene, el planteamiento fue muy bueno, pero no se le dio seguimiento, no se hizo el manual para saber qué hacían, entonces, eso se fue perdiendo a través de las décadas y la aprobación de la Dirección de Fortalecimiento y asignar los recursos requeridos, para continuar entre ellos los recursos humanos y presupuestarios, para poder seguir con el fortalecimiento de la prestación, ya a nivel institucional de forma paulatina, de forma gradual, entre los otros requerimientos elaborar la política de prestación de servicios de salud, que tiene que ir en la línea también con el fortalecimiento, los planes y portafolios de programas también, porque aquí hemos tenido que como esto no está aprobado, entonces hay muchas cosas institucionales, que no se alinean a la prestación de servicios de salud, al marco conceptual. Entonces, eso también es importante de tomar en consideración, el cuerpo gerencial desarrolla la planificación y coordinación de acciones en el marco del fortalecimiento, porque esto es un trabajo de toda la Caja. Por eso fue muy acertada en su oportunidad, la decisión de Junta consideramos nosotros, de haber hecho un grupo intergerencial, porque esto no puede quedar en la Gerencia Médica solamente, porque se vuelve a perder con el tiempo, queda en lo ordinario de su labor y lo perdemos, entonces esto es Caja y necesitamos que las gerencias y sus instancias técnicas se alineen al fortalecimiento de la prestación de servicios de salud y definir los roles y responsabilidades de cada uno de los niveles. Nosotros tenemos también de muy vieja data un reglamento general de hospitales, a nivel nacional, que ya no responde a las necesidades de la Caja. Todo esto la Caja tiene que decidir qué hace en cada uno de mis niveles y operativos, que es elaborar el manual de organización y los perfiles de puesto de las Direcciones, fundamental, para que no vuelvan con el tiempo a no saber qué les corresponde hacer y efectuar el traslado de competencias y funciones a las Direcciones de Red Integradas de Prestación de Servicios de Salud y unidades, el ajuste de normativa y los sistemas de información, esto es un paso a paso. Lo que venimos a proponer es un trabajo conjunto, es un trabajo gradual, un paso a paso institucional creemos y confiamos en que es lo ideal y poco a poco se logran mejores resultados, podemos ir modificando conforme el tiempo podemos ir adaptando la toma de decisiones. Y esto sería es por y para la población que es el enfoque centrado a las personas, es fundamental para nosotros, es un trabajo con la comunidad y esto nos va a permitir también mejorar, nos va a ahorrar dinero y este fue nuestro paso por la Huetar el enfoque centrado en las personas, para eso es que estamos acá y muchas gracias por su atención.

Dr. Cervantes Barrantes:

Y participé en ella hasta el momento en que ya me vine para acá, digamos, conozco la propuesta hasta ese momento de ahí en adelante no he seguido. Tuve una reunión siendo Gerente con la doctora Rocío Sánchez, la cual aprecio muchísimo, pero los acuerdos, una revisión así en estos días no ahora. Lo que el doctor me dijo a mí me sorprendió, porque la doctora Sánchez está enferma, he estado con ella, no me dijo realmente que venían para Junta, ni nada. Entonces, por lo menos yo creo prudente reunirnos y ver cómo está. A mí me gustaría antes de que esta Junta acuerde, revisar y analizar con ellos el tema, eso sí me gustaría.

Director Devandas Brenes:

Sí, porque a mí me parece que lo que hay que hacer es más bien tomar un acuerdo, darle una prioridad, no sé fijarle un plazo bastante, porque ya no es nuevo. Los otros gerentes también

conocen, como darle una prioridad de que lo vean, que lo analicen con el equipo, que lo discutan y ojalá lo podamos agendar lo más próximo posible. Porque si es cierto, hay un tema, que es que si nombramos recursos humanos, pero no se ha aprobado la ruta a seguir, se queda como (...) porque el resto de la Institución es muy legalista. Entonces, va a decir esto no se ha aprobado, que ya recursos humanos, por ejemplo, rechazó una definición de recursos humanos, para ellos dicen no, porque la Junta tomó este acuerdo, que no se pase nada hasta que no, entonces está todo parado pero yo sé, me parece prudente lo que dice el señor gerente, poniéndole plazo preventorio porque sí es urgente para continuar el trabajo.

Doctor Macaya Hayes:

Bueno. Si les parece agendémoslo para Junta de este jueves en quince.

Director Devandas Brenes:

Y le damos ese plazo.

Dr. Cervantes Barrantes:

Tal vez doctor, este jueves creo que vamos a ver, hay uno que no se sesiona porque vamos para y hay otro, o sea, se va hacer una cola de asuntos, digo, revise bien podría ser no por nosotros, nosotros con ellos nos reunimos, pero para que analicen bien si es mejor hacerlo en veintidós días, porque creo que se les va llenar mucho y, entonces, de hoy en veintidós van a tener una cola de asuntos, porque yo tengo unos asuntos ahí pendientes para la próxima.

Doctor Macaya Hayes:

Sería el jueves 29, todos estamos.

Licda. Gairaud Garro:

El otro asunto que también traemos acá, la doctora Sánchez, posiblemente, no se reincorpore este año con nosotros. Ya falta poco un mes para diciembre, pero proponíamos trabajar en grupo, como empezamos en alguna oportunidad firmamos en conjunto las cosas, como estamos en calidad de préstamo, entonces las cosas de acciones y eso las hacemos en cada una de nuestras unidades, solo nos quedaría la doctora Laura Esquivel, que tal vez el doctor está anuente podría gestionarle la acción, firma la Gerencia Médica, para que no venga a la Presidencia es lo único, lo demás lo hacemos consensuado, lo podemos firmar dando tiempo que la doctora se pueda incorporar.

Director Devandas Brenes:

Y pedirles a los gerentes que les den todo el apoyo a ustedes para que no(...).

Doctor Macaya Hayes:

Por eso yo diría que es a todas las gerencias, bueno a las que están involucradas a la Gerencia Administrativa, Médica.

Licda. Gairaud Garro:

Nosotros estábamos nombrados hasta marzo, el doctor Llorca, mediante una nota a los gerentes nos prorrogó el nombramiento préstamo hasta que lo viera Junta Directiva.

Director Devandas Brenes:

¿Marzo del año entrante?

Licda. Gairaud Garro:

Hasta hoy. La nota de Llorca nos llegaba hasta hoy de nombramiento a préstamo, eso también para recordarlo nosotros, porque los ir y venir de Institución, nosotros somos los que podemos vernos después en algún asunto de inestabilidad laboral o alguna discusión con nuestros jefes estamos en situaciones precarias.

Director Devandas Brenes:

Una pregunta don Gilberth en este caso dada la discusión, nosotros podemos delegar, la Junta Directiva (...), nosotros delegamos al señor Presidente Ejecutivo para que con los gerentes resuelvan como darle la continuidad al proyecto hasta tanto no lo aprobemos (...).

Subgerente Jurídico: Lic. Alfaro Morales:

(...) tal como funciona hoy.

Director Devandas Brenes:

Será por pocos días (...).

Director Salas Chaves:

Pero puede ser ese acuerdo a la Presidencia, trasladar a Presidencia y Gerencias que quede un acuerdo.

Subgerente Jurídico, Lic. Alfaro Morales:

Tal vez poner el número de las medidas necesarias para continuidad.

Director Devandas Brenes:

Por el tiempo que consideren pertinentes ustedes, el tiempo necesario.

Licda. Gairaud Garro:

Sí, sería bueno exponer acá que pese a que este es un asunto que nosotros hemos formado cuatro años que tenemos aquí realmente, nos genera una gran inestabilidad en nuestros diferentes puestos estar en calidad de préstamo. Para nosotros explicar en cuatro años en caso de que alguna vez se den los concursos institucionales, posiblemente nosotros nos veamos afectados en nuestras plazas de origen porque efectivamente, no estamos desarrollando las funciones, hay que ser francos, o sea, son cuatro años que muchos tenemos ya de estar así en calidad de préstamo. Yo cumpla, incluso, un puesto de jefatura de políticas y normas, entonces si eso sale alguna vez a concurso, hablo por mí, me puede perjudicar, pero en igual forma están algunos de mis compañeros. Creo que eso no puede prorrogarse más en el tiempo, con todo respeto, considerándonos a nosotros como trabajadores, como funcionarios estamos dispuestos y lo hemos estado a dar todo por el proyecto, pero necesitamos que se tomen decisiones, nos den una estabilidad, vengo a exponerlo aquí a Junta, porque ustedes quienes toman la decisión. Creo que tenemos ya conocimientos adquiridos, hemos desarrollado ampliamente esto, podría atreverme a decir que poca gente de la Institución conoce como nosotros de la prestación de servicios de salud, pero en esta situación nos podemos ver en un futuro en dificultades, propiamente laborales, incluso con recursos humanos se ha discutido algunos pluses que nosotros recibimos en calidad de préstamo, que no deberíamos estar recibiendo. Entonces, ya hay una afectación económica que podría darse en cualquier momento, tomo en consideración tal vez la perspectiva no es desde el punto de vista del funcionario, pero sí somos funcionarios, prorrogarnos más en el tiempo sería un problema.

Subgerente Jurídico, Lic. Alfaro Morales:

Una sugerencia en el acuerdo es donde dice delegar a la Presidencia Ejecutiva y las gerencias, yo diría la adopción de las acciones necesarias para la continuidad (...), lo que pasa es que a mí me parece hay cosas que están concientizadas (...) cosas quizás técnicas (...).

Director Devandas Brenes:

Yo lo propuse el tiempo necesario no será muy amplio eso, cuánto podemos poner de plazo...

Doctor Macaya Hayes:

Bueno nada más para reiterar, hay mucho interés en esto en darle continuidad, lo que queremos es que haya coordinación con todas las gerencias antes de que comencemos desde aquí a girar instrucciones a las diferentes gerencias. Bueno, entonces, votamos los dos acuerdos en firme, perfecto. Muchas gracias.

Nota: (...) Significa no se comprendió el término o la frase.

Se tiene a la vista el oficio N° PFPSS-0134- 2018, de fecha 08 de noviembre del 2018, firmado por la Dra. Laura Esquivel Jiménez, Lic. Danny Garbanzo Alfaro, Ing. Juan Antonio Sancho Chacón, Licda. Elizabeth Gairaud Garro, Lic. Juan Carlos Martínez Hernández, Dr. Oscar Villegas del Carpio del Proyecto Fortalecimiento de la Prestación de Servicios de Salud, en la

que presentan el Informe Ejecutivo Proyecto de Fortalecimiento de la Prestación de Servicios de Salud:

En atención al acuerdo de Junta Directiva definido en el artículo 4º, Sesión N°8993, celebrada el día 13 de agosto de 2018, se presenta el siguiente informe ejecutivo respecto a la continuidad del proceso de Fortalecimiento de la Prestación de Servicios de Salud en la Institución.

Resumen Ejecutivo

La mejora de los servicios de salud es un proceso que tiene amplios **antecedentes** en la Institución, en el que se identifican hitos importantes que han marcado transformaciones en la prestación, dentro de los más recientes está la Readecuación del Modelo de Atención.

En el **dictamen técnico** se evidencia que el proceso de fortalecimiento tiene el propósito de atender las limitaciones en los servicios de salud, en correspondencia con las necesidades, expectativas y características de la población, especialmente lo referente a los cambios demográficos y epidemiológicos experimentados en los últimos años, por lo que la Institución, a través de una amplia participación de sus diferentes equipos técnicos, planteó un marco conceptual y estratégico para el fortalecimiento con un enfoque centrado en las personas. El proceso se considera debe ser gradual y progresivo, donde la construcción colectiva es un ingrediente clave. Se debe destacar que el modelo de atención nacional sigue plenamente vigente y lo que se busca es fortalecerlo, organizando la prestación mediante componentes, niveles y Redes Integradas de Prestación de Servicios de Salud (RIPSS), las cuales se plantean como el vehículo para el desarrollo del fortalecimiento. El mismo busca además la adaptación continua de los servicios a los cambios dinámicos de los determinantes sociodemográficos, epidemiológicos y tecnológicos, con estrategias que optimicen los recursos, procurando la sostenibilidad del sistema y la mejora continua de las condiciones de salud de la población.

Según el **Dictamen Legal**, con el proceso de Reforma del Sector Salud y la readecuación del Modelo de Atención (1993), se sientan los precedentes para promover la propuesta de fortalecimiento actual, además el mismo está alineado con diversos cuerpos normativos institucionales, nacionales e internacionales y existe la potestad para la Institución de realizar los cambios necesarios para mejorar la prestación de sus servicios.

En cuanto al **Dictamen Financiero**, el análisis de costos estimados y la posibilidad de generar ahorros indican que el fortalecimiento representa una oportunidad de mejorar la eficiencia y eficacia en el uso de recursos en la prestación de servicios de salud.

Por lo tanto, se puede **concluir** que el Marco Conceptual y Estratégico del Fortalecimiento de la Prestación de Servicios de Salud contiene lo necesario para fortalecer la prestación de servicios de salud, en procura de lograr el enfoque centrado en las personas. Además, la organización de la prestación en Redes Integradas de Prestación de Servicios de Salud son el medio idóneo para su implementación. También, la experiencia desarrollada en el proyecto de validación demostró que la construcción colectiva y participativa, el involucramiento de todos los niveles de la Institución y un adecuado proceso de conducción y articulación, son la manera más conveniente de garantizar el éxito del proceso de fortalecimiento.

Según lo anterior, se **recomienda** aprobar el cierre del proyecto y la aprobación de los documentos elaborados como base técnica para la continuidad del proceso de fortalecimiento a nivel institucional. Además, aprobar la organización de la prestación a nivel Institucional en RIPSS, como medio para el fortalecimiento de la prestación de servicios de salud con enfoque centrado en las personas.

También es necesario proporcionar las condiciones necesarias para conformar una instancia permanente con los recursos necesarios y las potestades, que garanticen la conducción del proceso, con una participación colectiva y articulada de toda la Institución, de manera que se asegure la continuidad y el éxito del proceso.

A nivel institucional se requiere alinear todos los planes, portafolios, programas y proyectos institucionales, para dar respuesta a los requerimientos de las RIPSS y al Fortalecimiento de la Prestación de los Servicios de Salud y propiciar las condiciones necesarias para que las gerencias asignen los recursos de forma progresiva, en favor de la organización de los servicios, para el abordaje integral e integrado de las necesidades de la población, en el ámbito de la prestación de servicios de salud.

Trasladar las competencias y funciones requeridas para la operación de las Direcciones de RIPSS, desde el nivel central, en concordancia con los ajustes de la normativa y sistemas de información que se requieran.

Aprobar la conformación e implementación de la RIPSS Huetar Atlántica, en concordancia con el indicador de desembolso del Programa por resultados para el fortalecimiento del Seguro Universal de Salud en Costa Rica.

Instruir a las dependencias técnicas requeridas para que desarrollen el Manual de organización y perfiles de puestos de las Direcciones de RIPSS y elaborar la Política de Prestación de Servicios de Salud que permita regular la prestación a nivel institucional, en concordancia con el Marco Conceptual y Estratégico aprobado.

I. Antecedentes

La Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), como Institución responsable de la prestación de servicios de salud de todos los habitantes del país, debe garantizar la mejora continua de sus servicios para responder a las necesidades de la población, en su ámbito de competencia.

La prestación es un proceso dinámico y continuo, donde la revisión y ajuste son necesarios, toda vez que los servicios deben adaptarse a los permanentes cambios de los contextos sociodemográfico, epidemiológico, tecnológico, financiero, entre otros ámbitos, que conllevan desafíos.

En el caso particular de la Caja Costarricense de Seguro Social, la mejora de los servicios de salud es un proceso que tiene amplios antecedentes en el que se identifican diferentes hitos que dejan observar importantes transformaciones. Uno de ellos es sin duda, la Readecuación del Modelo de Atención llevado a cabo en los años 90's.

En esta línea de cambios, y con ocasión de la atención de las recomendaciones del Informe de la Comisión de Especialistas¹ nombrados para el estudio del seguro de salud en el año 2011, se inició un nuevo proceso de revisión y actualización del Modelo de Atención. Al respecto, en el artículo 10 de la sesión 8545 del 10 de noviembre del 2011, la Junta Directiva instruyó la presentación de un informe de avance sobre la propuesta de actualización y fortalecimiento del Modelo de Atención en Salud, su valoración de riesgos y el cronograma de implementación.²

El primer producto de este proceso de revisión consistió en la elaboración de un análisis de situación de la prestación de los servicios de salud³, que una vez finalizado, dio paso a la elaboración de la propuesta técnica de fortalecimiento, que fue entregada en mayo 2014 bajo el título *“Fortalecimiento del Modelo de Prestación de Servicios de Salud de la Caja Costarricense de Seguro Social”*.

Esta propuesta planteó el marco conceptual y estratégico que define los elementos principales y el alcance de la prestación de servicios de salud, a partir del cual se deriva la organización por Red, Niveles y Componentes, para abordar el enfoque centrado en las personas, mediante la atención de las necesidades de prestación de servicios de salud de las personas.

En marzo del 2015, la Presidencia Ejecutiva de la Institución⁴ conformó un Grupo Tarea que trabajó en forma coordinada con dicha instancia y con la Comisión de Salud de la Junta Directiva, para llevar a cabo la validación de esta propuesta.

Posteriormente la Junta Directiva, en artículo No.24 de la sesión No.8770, celebrada el 9 de abril del 2015, acordó declarar de interés institucional el proceso, debido a la relevancia e importancia en el quehacer de la CCSS. Además, en ese mismo acuerdo instruye a las Gerencias para que dispongan de todos los recursos necesarios para llevar a cabo el proceso.

Inicialmente este Grupo Tarea coordinó una validación documental del Marco con una amplia participación de funcionarios de la Institución y producto de ello, se aplicaron varios ajustes al Marco, hasta definir un documento propuesta que sirviera para ser validado en el campo, para lo cual se elaboró un perfil de proyecto en el cual se incluyeron los principales componentes de la propuesta, para su desarrollo. Al respecto, el acuerdo primero, de la sesión N° 8824 de Junta Directiva llevada a cabo el 4 de febrero del año 2016 expresa:

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

¹ Carrillo R, Martínez J, Naranjo F, Sauma P. Informe del equipo de especialistas nacionales nombrado para el análisis de la situación del seguro de salud de la CCSS, San José, 2001.

² CCSS. Junta Directiva. Artículo 10, de la Sesión 8545 del 10 de noviembre. San José, 2011.

³ CCSS. Análisis de Situación de la Prestación de Servicios de Salud. Tomos I-V Actualización y Fortalecimiento de la Prestación de Servicios de Salud de la CCSS. Enero 2014.

⁴ CCSS. Presidencia Ejecutiva. Oficio P.E.24.661-15. San José, 2015.

El perfil del proyecto aprobado tenía como objetivo el desarrollo de una serie de productos, agrupados en cinco componentes, que permitieran crear las condiciones para favorecer la implementación, a partir de la construcción de una base metodológica e instrumental para iniciar el proceso.

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

De forma paralela en el mes de abril del 2016, mediante la Ley N°9396, se aprueba el contrato de préstamo entre la República de Costa Rica y el Banco Mundial para financiar el Programa por Resultados para el Fortalecimiento del Seguro Universal de Salud en Costa Rica. Dentro de los indicadores planteados, el número 4 corresponde a la implementación de un proyecto sobre redes integradas de servicios de salud en una población y territorio seleccionado, evaluado y con resultados difundidos al público. Dicho proyecto corresponde precisamente a la implementación de la red integrada en la Región Huetar Atlántica, lo cual inicia con el desarrollo del proyecto de validación y se extiende con la implementación, evaluación y difusión de resultados a más tardar en el primer trimestre del año 2022.

II. Dictamen Técnico

Las consecuencias para la sociedad costarricense de las transiciones actuales hacia el envejecimiento poblacional y las enfermedades no trasmisibles y su impacto esperado en el seguro de salud, representan retos ineludibles para la CCSS. Además, el contexto socioeconómico complejo, los cambios constantes en tecnologías de alto costo y las expectativas cada vez mayores de las personas, se suman a los retos derivados de la situación actual de la prestación de servicios de salud, donde se encuentran establecimientos desarticulados y con deficiencias en la planificación, gestión clínica y administrativa, así como en la distribución de recursos⁵.

Como parte de lo anterior, se identifica como problema principal que: “La prestación de los servicios de salud que desarrolla la CCSS, no responde de manera oportuna y eficiente a las necesidades de salud de la población.”

Con el propósito de atender las limitaciones en los servicios de salud, en correspondencia a los retos para la prestación, que representa la atención de las necesidades, expectativas y características de la población, especialmente lo referente a los cambios demográficos y epidemiológicos experimentados en los últimos años, la Institución, a través de una amplia participación de sus diferentes equipos técnicos, planteó un marco conceptual y estratégico para

⁵ CCSS (2014). Análisis de Situación de la Prestación de Servicios de Salud. Tomos I-V. Actualización y Fortalecimiento de la Prestación de Servicios de Salud de la CCSS. Enero.

el fortalecimiento de la prestación de los servicios de salud con un enfoque centrado en las personas⁶.

Para implementar este marco, se realizó un Proyecto de Validación, que desarrolló dieciséis productos relacionados con el fortalecimiento de la prestación de los servicios de salud. La construcción de los productos se hizo en la Región Huetar Atlántica, durante el período 2016-2018, con la participación de los funcionarios locales, regionales, técnicos del nivel central y en algunos casos, la participación de grupos organizados de la comunidad.

Entre los productos desarrollados, algunos hacen referencia a los procesos de planificación: desarrollo de metodologías para la determinación de necesidades de la población y clasificación de las personas según el riesgo, definición de los espacios-población, metodología para identificación de línea base de recursos y servicios que posee la institución, como base para establecer brechas de recursos y asignación de recursos. Estos permitirán reorientar la planificación hacia las necesidades de la población y una asignación de recursos prospectiva de acuerdo con dichas necesidades. También se desarrollaron productos para mejorar la organización de los Servicios en Red: Gobierno de la Red y Mecanismos de coordinación asistencial, las cuales serán el medio para la implementación de todo el proceso de fortalecimiento. Para la mejora de la capacidad resolutive se plantearon los productos: programa de capacitación, sistematización de prácticas innovadoras y análisis funcional de los componentes de la prestación. En cuanto a participación, se desarrollaron los productos de estrategias de información y comunicación y estrategias para mejorar el trato, en los cuales hubo una amplia participación de la comunidad, no solo en dar su opinión sino en participar en la construcción de estrategias y en su ejecución. Por último, para garantizar la sostenibilidad de la implementación del fortalecimiento se desarrollaron: la estrategia de implementación, modificaciones normativas necesarias, plan de comunicación del proyecto y ajuste del marco conceptual y estratégico, según los resultados de la validación.

Cabe indicar que el informe de cierre del Proyecto de Validación y todos los insumos técnicos desarrollados en los diferentes productos, fueron entregados a la Presidencia Ejecutiva, Junta Directiva y Consejo de Presidencia y Gerentes mediante oficios PFPSS-0060-2018 del 09 de mayo 2018 y PFPSS-0085-2018 del 19 de julio de 2018. Adicionalmente todos los insumos desarrollados fueron remitidos a todas las Gerencias mediante oficio PFPSS-0086-2018 con fecha 23 de julio 2018.

El desarrollo del proyecto en la zona demostrativa permitió diseñar y validar, tanto técnicamente como con pruebas de campo, los instrumentos, métodos y manuales de procedimientos base, que permitan una adecuada implementación del fortalecimiento de en las diferentes redes de prestación de servicios de salud.

Cabe resaltar que el fortalecimiento de la prestación requiere de un proceso gradual y sostenido, en el que se pueda monitorear y evaluar el desarrollo de las condiciones para su implementación en el ámbito institucional. El iniciar en la Región Huetar Atlántica permitió contar con la

⁶ CCSS (2018). Marco Conceptual y Estratégico para el Fortalecimiento de la Prestación de Servicios de Salud. PFPSS. Versión 3.

experiencia de campo y el desarrollo la base instrumental, en aras de garantizar la implementación exitosa.

La progresión gradual permitirá realizar la gestión del cambio, abordando la incertidumbre, el ruido y las resistencias. La construcción colectiva es otro ingrediente clave, el proceso ha de ser ampliamente participativo y colaborativo, partiendo de las mejores prácticas y considerando los recursos disponibles, para contar con la base metodológica y operativa que facilite progresivamente la implementación.

Este proceso es amplio, inicia con el reconocimiento de que el modelo de atención nacional sigue plenamente vigente. Continúa con la consideración del contexto institucional y el análisis de la situación de la prestación, el establecimiento del desempeño deseado y factible en los servicios y la definición sobre los productos a desarrollar, para finalizar con la evaluación de las acciones de mejora de los procesos.

La organización de los servicios mediante Redes Integradas de Prestación de Servicios de Salud (RIPSS) se plantea como el vehículo para el desarrollo de la prestación, ya que las mismas permiten articular adecuadamente los Niveles de Atención y Componentes de la Prestación. El progreso se proyecta mediante la evolución desde la fragmentación a la integración, por medio del desarrollo de un conjunto de atributos, para poder asegurar que la prestación de servicios cumple con su propósito.

En cuanto a la conformación de las RIPSS, mediante uno de los productos del Proyecto de Validación se generó una propuesta para la conformación, organización y funcionamiento de las mismas, donde se partió de la definición de las RIPSS, la identificación de los criterios de conformación, la definición de proceso de gestión de la Red y de una plantilla básica para la ejecución de dichos procesos. Además, se aplicó lo criterios de conformación a las Redes funcionales actuales, donde se evidenció que no se ajustan a la definición de Redes Integradas, posteriormente se aplicó a las Regiones de Salud, donde se vio que en el caso de las periféricas se ajustan bien, mientras que en las centrales habría que hacer ajustes. A partir de ello se plantea la transformación de las Regiones de Salud en Redes Integradas, de forma gradual y progresiva, con una división de las dos centrales de acuerdo con los criterios técnicos desarrollados. El detalle de esta propuesta se presenta en el documento “*Definición, Conformación y Funcionamiento del Gobierno de las Redes Integradas de Prestación de Servicios de Salud en la CCSS*”, el cual se incluye dentro de anexos al informe de cierre del proyecto.

Con el objeto de desarrollar paulatinamente la prestación, el proceso de fortalecimiento abordará productos que permitirán la consolidación de los procesos. Los mismos están interrelacionados y orientados a mejorar estos elementos de gestión, que a su vez contribuyen a alcanzar los resultados de la prestación, que se plantearán desde el interés de las personas y de la organización, como medios cuantificables que permitirán valorar la mejora en los servicios de salud.

El proceso contribuye a alcanzar la misión y visión institucionales, por medio de la creación de las condiciones para que los prestatarios alcancen mejores resultados, en beneficio de la población. Este proceso sistemático de mejora continua, donde todos los elementos se encuentran interrelacionados, amplía las opciones para contar con servicios apropiados, investigando las

causas de las limitaciones e implementando soluciones. El mismo involucra a todas las instancias de la organización, las cuales deben estar comprometidas con el proceso, aportando activamente desde su rol particular, previamente definido.

Asimismo, contribuye a la calidad de la atención brindada a las personas, facilita a la organización, la identificación de las causas de los problemas encontrados y su abordaje, fomenta la colaboración entre las diferentes instancias y en la determinación de las prioridades para el desarrollo. Además, responde a la demanda por mejores servicios por parte de los usuarios, identifica barreras para brindar una atención centrada en las personas, establece estándares y ayuda a los prestarios de servicios a satisfacerlos, para alcanzar el mayor nivel posible de acceso, continuidad, aceptabilidad, eficiencia y efectividad de la atención.

El fortalecimiento plantea la adaptación continua de los servicios a los cambios dinámicos de los determinantes sociodemográficos, epidemiológicos y tecnológicos, con estrategias que optimicen los recursos, procurando la sostenibilidad de los servicios y la mejora continua de las condiciones de salud de la población.

Es importante resaltar que existen condiciones que favorecen la continuidad del proceso de implementación, tales como: La necesidad de mejorar los servicios a la población, considerando los cambios demográficos y epidemiológicos, así como sus expectativas y necesidades; la decisión institucional de transformar la prestación hacia un enfoque centrado en las personas y organización en red, la necesidad de desarrollar acciones que favorezcan la sostenibilidad financiera, el compromiso institucional para implementación de la Red Huetar Atlántica en concordancia con el Programa por Resultados del Banco Mundial y los resultados exitosos del proceso de validación, donde se desarrolló la base instrumental para la implementación.

Conducción del Proceso

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

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

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

Cabe resaltar que en el documento de la Estrategia de Implementación Institucional, presentado mediante oficio PFPSS-0060-2018, se especifica aún más lo referente a la instancia conductora, sus funciones y el detalle del recurso humano que se estaría requiriendo para la continuidad de la implementación en el corto plazo.

III. Dictamen Legal

Con el proceso de Reforma del Sector Salud y la readecuación del Modelo de Atención (1993), se sientan los precedentes para promover la propuesta de fortalecimiento actual.

Asimismo, con relación a la prestación de servicios de salud, en la Ley General de Salud se menciona:

“Todo habitante tiene derecho a las prestaciones de salud, en la forma que las leyes y reglamentos especiales determinen y el deber de proveer a la conservación de su salud y de concurrir al mantenimiento de la de su familia y la de la comunidad”.

En ese mismo orden de ideas, desde el ejercicio de la rectoría el Ministerio de Salud dicta “La Política Nacional de Salud “Dr. Juan Guillermo Ortiz Guier”, en el año 2015, en la cual se establecen los lineamientos y directrices que orientan las intervenciones en salud, en base a las necesidades y requerimientos de la población. Su fin es propiciar la mejora continua de los servicios de atención directa a las personas y del ambiente humano, para impactar positivamente en el perfil salud-enfermedad.

Con la finalidad de operacionalizar la mencionada Política, el Ministerio de Salud en su Plan Nacional de Salud 2016-2020, aprobado en el mes diciembre del año 2016, fundamentándose en un “conjunto de principios y ejes transversales, orientados hacia la equidad, oportunidad y calidad en salud, así como la reducción de las brechas, la cohesión social y la sostenibilidad del sistema de salud costarricense”, para los efectos que interesan ha planteado entre otras, las siguientes políticas, las cuales incluyen diferentes estrategias para su abordaje:

“(…)

Mejora de la Capacidad resolutive de los servicios de salud (públicos y privados) para la atención oportuna y con calidad.

Mejoramiento de la calidad de la fuerza de trabajo.

Fortalecimiento en la calidad de los datos e información nacional en salud (…)”

Bajo esa misma línea, en la Institución siguiendo lo establecido en políticas estratégicas planteadas en años anteriores, el Plan Estratégico Institucional 2015-2018, define como objetivo

estratégico en el tema Salud: “Fortalecer la cobertura universal en salud de la población, mediante servicios de salud integrales, equitativos, oportunos y de calidad, con responsabilidad ambiental y sostenibilidad financiera.”

Entre las estrategias definidas para lograr dicho objetivo, se menciona el “análisis y ajuste del Modelo de Prestación de Servicios de Salud”, que establece, entre otros aspectos:

- “El desarrollo de modalidades innovadoras de gestión y prestación para el abordaje integral de la carga de enfermedad de la población.
- La inclusión de estrategias de promoción y prevención como parte importante de la atención integral.
- Desarrollo de la Red Institucional que integre las acciones de los diferentes centros que la conforman.”

De acuerdo con los lineamientos establecidos, desde el punto de vista legal, se encuentra la viabilidad para proceder con el fortalecimiento de la prestación de servicios de salud, el cual debe ir aparejado a las propuestas de modificación, tanto a nivel institucional como nacional, de los diversos cuerpos normativos, muchas de las cuales fueron planteadas desde el año 1993 y no han sido realizadas a la fecha.

De esta forma, de acuerdo con el tema que se aborde en función de lo propuesto para el fortalecimiento de la prestación de servicios de salud, necesariamente debe incluir el análisis de la normativa especial, lo cual incluye: guías, protocolos, lineamientos y directrices, según sea el avance en la implementación institucional.

IV. Dictamen Financiero

En cuanto al aspecto financiero se realizó una proyección de los costos de la implementación para el periodo 2018-2030, considerando los costos incrementales asociados al desarrollo de los componentes de la estrategia de implementación, la conformación de la instancia conductora y a la creación de las nuevas Direcciones de Red Integrada de Prestación de Servicios de Salud (DRIPSS). Cabe destacar que los costos asociados a las actuales Direcciones Regionales, que se transforman en Direcciones de Red, no se contemplan, por cuanto son recursos que ya están incluidos en el gasto institucional.

En el cuadro 1 se presenta el costo proyectado para la implementación de fortalecimiento de la prestación de servicios de salud para el periodo comprendido entre el 2018 y el 2030, fecha a partir de la cual se espera que las RIPSS entren todas en funcionamiento. En estos últimos años se espera una disminución en algunos rubros contemplados en los costos, especialmente aquellos asociados a los servicios personales variables, que contemplan las sustituciones de funcionarios en las RIPSS que se vayan conformando para apoyar este proceso, así como a los servicios no personales, donde se contemplan algunos recursos específicos para apoyar la gestión de cambio y el desarrollo de las Redes, no obstante se sigue en operación con el acompañamiento y el desarrollo de elementos para el fortalecimiento.

Cuadro 1: Costos de implementación del Fortalecimiento de la Prestación de Servicios de Salud (en millones de colones)

	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030
Servicios Personales Fijos	-	536.3	557.7	580.0	603.2	627.3	652.4	678.5	705.7	733.9	763.3	793.8	825.5
Servicios Personales Variables	58.0	346.9	360.7	375.2	390.2	405.8	422.0	438.9	456.4	474.7	15.3	15.9	16.5
Servicios No Personales	-	505.2	333.2	358.0	363.9	392.3	408.0	424.3	411.6	378.7	296.7	92.8	76.7
Materiales y Suministros	-	21.9	22.9	23.8	24.8	25.8	26.8	27.9	29.0	30.2	31.4	32.6	34.0
Equipamiento	-	20.0	10.0	11.0	12.0	12.0	12.5	13.0	13.5	14.0	14.6	15.2	15.8
Nuevos Gobiernos de RIPSS	-	-	-	-	1,478.7	1,559.6	3,291.7	5,213.8	7,345.3	7,766.2	8,216.7	8,699.2	9,216.3
Costo total de implementación	58.0	1,430.3	1,284.5	1,348.0	2,872.8	3,022.8	4,813.4	6,796.4	8,961.6	9,397.7	9,337.9	9,649.5	10,184.8

Fuente: Dirección del Proyecto de Fortalecimiento de la Prestación de Servicios de Salud

Posterior al cálculo de los costos se realizó una coordinación con la Dirección Actuarial y Económica para analizar estos costos, dicha instancia realizó una comparación con respecto al gasto total proyectado del Seguro de Salud, calculado en el marco de la Valuación Actuarial realizada por dicha instancia en el año 2015. En el cuadro 2 se observa los resultados obtenidos, donde se determina que los costos asociados a la implementación representarían como máximo un 0.18% del costo del Seguro de Salud.

Cuadro 2: Peso relativo del costo de la Implementación en el Gasto del Seguro de Salud (en millones de colones)

Año	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030
Total Gasto *	2,363,276	2,582,647	2,826,740	3,097,675	3,397,718	3,730,054	4,100,047	4,512,007	4,969,702	5,482,822	6,055,333	6,698,625	7,423,807
Costo Proyecto	58	1,430	1,284	1,348	2,873	3,023	4,813	6,796	8,962	9,398	9,338	9,650	10,185
Peso en Gasto	0.002%	0.055%	0.045%	0.044%	0.085%	0.081%	0.117%	0.151%	0.180%	0.171%	0.154%	0.144%	0.137%

* Gasto total proyectado, Valuación Actuarial del Seguro de Salud, 2015

Fuente: Dirección Actuarial y Económica con datos del PFPSS

Como contrapartida a los costos se realizó en conjunto con la Dirección Actuarial y Económica un esfuerzo para estimar posibles ahorros generados a partir de la implementación, no obstante, dicho análisis es complejo, por cuanto el proyecto ejecutado no tenía la intención de realizar una implementación completa en la Región, por lo que no se tienen datos en dicho sentido.

Sin embargo, en un esfuerzo conjunto con el Hospital Tony Facio se recopiló información referente a la aplicación de dos modalidades innovadoras de atención, que han aplicado desde hace algunos años y que con el Proyecto se pretenden extender a todos los establecimientos y Redes.

Estas modalidades corresponden al Hospital de Día y a la Atención Diferenciada en el Primer Nivel, las cuales dentro de su ejecución posibilitan evitar la hospitalización de los usuarios incluidos en la modalidad, con lo que se mejora la gestión de camas y se puede atender a otras personas con mayor necesidad de internamiento.

Los datos corresponden a los días de hospitalización evitados de estas personas usuarias, los cuales, al incluirles el costo de estancia definido para dicho Hospital en el anuario de costos médicos, se obtiene un dato de ahorro de costos, los cuales se presentan en la tabla 1.

Tabla 1: Estimación de ahorro en gasto de hospitalización en Hospital Tony Facio producto de la aplicación del Hospital de día polivalente y la atención diferenciada en el primer nivel

(en colones)

Año	Hospital día polivalente	Atención diferenciada	Total
2013	₡185,427,450	₡35,167,275	₡220,594,725
2014	₡804,366,186	₡42,919,968	₡847,286,154
2015	₡1,145,109,024	₡83,706,800	₡1,228,815,824
2016	₡1,656,465,119	₡171,647,893	₡1,828,113,012
2017	₡2,297,126,924.35	₡723,235,361.38	₡3,020,362,286

Fuente: Dirección Actuarial y Económica con datos del PFPSS

De la tabla se observa como cada año ha ido aumentando el número de personas atendidas en dichas modalidades, con lo que la estimación de ahorros ya llega a montos superiores a los tres mil millones en el año 2017, sólo para el Hospital Tony Facio, por lo tanto, se esperaría que con el desarrollo de estas modalidades y otras acciones en la totalidad de la Institución, se puedan ir generando ahorros, los cuales se traduzcan en mejores y más oportunos servicios para la población, aunque no generen directamente una disminución en el presupuesto.

V. Conclusiones

- ❖ El Marco Conceptual y Estratégico del Fortalecimiento de Prestación de Servicios de Salud contiene lo necesario para fortalecer la prestación de servicios de salud, en procura de lograr el enfoque centrado en las personas.
- ❖ La organización de la prestación en Redes Integradas de Prestación de Servicios de Salud son el medio idóneo para la implementación del Fortalecimiento.
- ❖ La experiencia desarrollada en el proyecto de validación demostró que la construcción colectiva y participativa, el involucramiento de todos los niveles de la Institución y un adecuado proceso de conducción y articulación, son la manera más conveniente de garantizar la continuidad del proceso de fortalecimiento.
- ❖ Se cuenta con elementos jurídicos, técnicos y financieros que respaldan la viabilidad de la implementación del Fortalecimiento de la Prestación de Servicios de Salud a nivel nacional.

VI. Recomendaciones

A continuación, se ofrece un listado de las recomendaciones que se consideran pertinentes para la continuidad del proceso de fortalecimiento de la prestación de servicios de salud.

1. Aprobar los Documentos: Marco Conceptual y Estratégico, Definición, conformación y funcionamiento del Gobierno de las Redes Integradas de Prestación de Servicios de Salud (RIPSS) y Estrategia de Implementación, como base técnica para la continuidad del proceso de fortalecimiento de la prestación de servicios de salud a nivel institucional.

2. Aprobar la organización de la prestación a nivel Institucional en Redes Integradas de Prestación de Servicios de Salud, como medio para el fortalecimiento de la prestación de servicios de salud con enfoque centrado en las personas.
3. Proporcionar las condiciones necesarias para conformar una instancia permanente con los recursos necesarios y las potestades que garanticen la conducción del proceso de fortalecimiento de la prestación de servicios de salud, con una participación colectiva y articulada de toda la Institución.
4. Alinear todos los planes, portafolios, programas y proyectos institucionales, para que la organización institucional responda a los requerimientos de las Redes Integradas y al Fortalecimiento de la Prestación de los Servicios de Salud.
5. Definir la gestión y organización administrativa y clínica de los Niveles de Atención en la Institución, con enfoque de red y en concordancia con los establecido en el Marco Estratégico y Conceptual aprobado, que incluya funciones, competencias y responsabilidades de cada uno de los niveles y tipos de establecimientos.
6. Propiciar las condiciones necesarias para que las Gerencias asignen los recursos de forma progresiva, en favor de la organización de los servicios, para el abordaje integral e integrado de las necesidades de la población, en el ámbito de la prestación de servicios de salud.
7. Trasladar las competencias y funciones requeridas para la operación de las Direcciones de Red Integrada de Prestación de Servicios de Salud, desde el nivel central, en concordancia con los ajustes de la normativa y sistemas de información que se requieran.
8. Aprobar la conformación e implementación de forma inmediata de la Red Integrada de Prestación de Servicios de Salud Huetar Atlántica, en concordancia con el indicador de desembolso del Programa por Resultados para el Fortalecimiento del Seguro Universal de Salud en Costa Rica.
9. Instruir a las dependencias técnicas requeridas para que desarrollen el Manual de organización y perfiles de puestos de las Direcciones de Red Integradas de Prestación de Servicios de Salud.
10. Elaborar la Política de Prestación de Servicios de Salud que permita regular la prestación a nivel institucional, en concordancia con el Marco Conceptual y Estratégico aprobado.

VII. Riesgos del proceso

Entre los riesgos que puedan afectar la implementación del proceso se pueden identificar:

- Que las autoridades de gobierno y de la institución no estén interesadas y no den continuidad al proceso de implementación del fortalecimiento de la prestación de servicios de salud.
- Que no se alinee el quehacer institucional con los elementos requeridos para que se cumpla con el fortalecimiento de la prestación de servicios de salud, dado que se requiere el involucramiento de toda Institución.
- Que no se acuerden y desarrollen las condiciones legales, técnicas, organizativas y financieras para dar continuidad al proceso de implementación del fortalecimiento de la prestación de servicios de salud.

- Que no se conforme una instancia y no se le dote de todos los recursos, competencias y potestades requeridos para la conducción de la implementación del proceso de fortalecimiento de la prestación de servicios de salud.
- Que los equipos de trabajo de las Unidades Técnicas de las Gerencias no se comprometan con la implementación de la Estrategia de Fortalecimiento.
- Que los funcionarios de la prestación presenten resistencia a los cambios que implicará el Fortalecimiento de la Prestación de Servicios de Salud lo que dificulte la implementación adecuada.
- Que la Institución no disponga de los recursos materiales, humanos, de equipo y financieros que permitan la implementación del fortalecimiento y sus componentes en todo el país.
- Que no se realicen las modificaciones normativas requeridas para el fortalecimiento de la prestación y organización en redes integradas.
- Que no se creen las condiciones necesarias para mantener el conocimiento adquirido en el proceso, que permita un adecuado desarrollo del proceso de fortalecimiento.

La materialización de alguno(s) de los riesgos impactaría en la no consecución de todos los aspectos contenidos en el fortalecimiento de la prestación, con lo cual se incurriría en más costos para la Institución, se asentarían y complicarían más los problemas ya identificados y en el largo plazo se tendría un mayor impacto negativo sobre la salud de la población, lo cual también se traduce en impacto sobre la sostenibilidad del sistema de salud.

VIII. PROPUESTA DE ACUERDO

Teniendo a la vista el Informe de cierre del proyecto de validación presentado mediante oficios PFPSS-0060-2018 (11-05-2018), PFPSS-0085-2018 (19-07-2018) y la presentación realizada por el Equipo Director del Proyecto de Fortalecimiento de la Prestación de Servicios de Salud.

Considerando:

- 1) La decisión de transformar la prestación de los servicios de salud hacia un enfoque centrado en las personas, como un proceso de interés institucional y concordante con su misión y visión.
- 2) La necesidad de continuar con el proceso de implementación de las estrategias para el fortalecimiento de la prestación de servicios de salud y organización en Red, por cuanto la población lo requiere, considerando los cambios demográficos y epidemiológicos, así como el abordaje integral de sus necesidades en el ámbito del quehacer de la Institución.
- 3) La importancia de conducir el proceso de conformación, organización y funcionamiento de Redes Integradas de Prestación de Servicios de Salud a nivel nacional, así como, el acompañamiento y asesoría en la implementación de la Red Integrada de Prestación de Servicios de Salud Huetar Atlántica, en concordancia con el Programa por Resultados para el Fortalecimiento del Seguro Universal de Salud en Costa Rica (Ley N°9396 Contrato de préstamo con el BIRF)

- 4) La complejidad, responsabilidad y especialización en esta materia demanda que la conducción del proceso disponga de autoridad formal para coordinar de forma intergerencial y articulada, el desarrollo de las acciones que vinculen los procesos de prestación y gestión de los servicios de salud.
- 5) Que el proceso de Reforma del Sector Salud, el componente de Readecuación del Modelo de Atención, así como las políticas nacionales e institucionales que se han planteado a través de los años, sientan los precedentes para promover el fortalecimiento de la prestación de servicios de salud.
- 6) Que, desde la perspectiva financiera, los costos incrementales de la implementación representan un porcentaje inferior al 0,18% del gasto anual proyectado del Seguro de Salud y que adicionalmente, la implementación pretende mejorar la eficiencia y eficacia del mismo.

ACUERDO PRIMERO: Dar por recibido conforme el cierre del Proyecto de Validación y aprobar la continuidad del **Proceso de Fortalecimiento de la Prestación de Servicios de Salud**, declarándolo de **interés institucional**. En este mismo acto se aprueban los siguientes documentos para su implementación institucional:

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

Con base en lo anterior, se instruye a las Gerencias y sus Unidades adscritas planificar, coordinar y ejecutar las acciones dispuestas según su ámbito de competencia, de acuerdo con el marco establecido en los documentos aprobados.

ACUERDO SEGUNDO: Aprobar la organización de la prestación de servicios de salud en la Caja Costarricense de Seguro Social, mediante la conformación de **Redes Integradas de Prestación de Servicios de Salud (RIPSS)**. A partir del presente acuerdo, las siete Direcciones Regionales actuales, serán consideradas como Direcciones de Redes Integradas de Prestación de Servicios de Salud, en el entendido de que cada una de éstas deberá evolucionar progresivamente a las funciones y competencias determinadas, de acuerdo con los contenidos de los documentos aprobados en el acuerdo primero, para lo cual se instruye:

- 1) A la Presidencia Ejecutiva:
 - a) Que comunique la nueva forma de organización de la prestación de servicios de salud en Redes Integradas, e instruya a las Gerencias garantizar que la gestión institucional responda a los requerimientos de la organización de la Prestación de

Servicios de Salud en Red, iniciando en forma inmediata con los ajustes necesarios para la implementación de la Red Huetar Atlántica, en concordancia con lo dispuesto en el indicador de desembolso ILD#4 del Programa por Resultados para el Fortalecimiento del Seguro Universal de Salud en Costa Rica.

- b) Que instruya a la Dirección de Planificación Institucional y Gerencias, alinear de forma paulatina y progresiva los planes, portafolios, programas y proyectos institucionales, en el marco de la organización en Redes Integradas de Prestación de Servicios de Salud.

2) A la Gerencia Administrativa:

- a) Elaborar en un **plazo máximo de tres meses**, el Manual de Organización y Funciones de la Dirección de Red Integrada de Prestación de Servicios de Salud y los perfiles de puestos requeridos para dicha Dirección, de acuerdo con lo definido en el documento “Definición, Conformación y Funcionamiento del Gobierno de las Redes Integradas de Prestación de Servicios de Salud en la CCSS”, y en coordinación con la Instancia que conduzca el proceso de fortalecimiento de la prestación de servicios de salud.
- b) Revisar y ajustar el “Manual de funciones administrativas distribuidas para la gestión de hospitales, áreas de salud y direcciones regionales de servicios de salud en la CCSS”, en coordinación con las demás Gerencias, sus unidades adscritas y la Instancia que conduzca el proceso de fortalecimiento de la prestación de servicios de salud, y presentarlo para su aprobación a esta Junta Directiva, en un **plazo no mayor a seis meses** a partir del presente acuerdo.

ACUERDO TERCERO: A la Gerencia Financiera, en coordinación con las demás Gerencias y sus unidades adscritas, planificar y asignar los recursos requeridos para el desarrollo del proceso de Fortalecimiento de la Prestación de Servicios de Salud y la implementación de las Redes Integradas de Prestación de Servicios de Salud.

ACUERDO CUARTO: Se deroga el acuerdo segundo del artículo 10° de la sesión N° 5217 de Junta Directiva, de fecha 07 de junio de 1978, mediante el cual se crearon las Direcciones Regionales, dejando sin efecto cualquier otra disposición relacionada con estas unidades administrativas.

ACUERDO QUINTO: Derogar el **punto 3** del Acuerdo Único del artículo 7° de la sesión N° 8304, celebrada el 4 de diciembre de 2008, mediante el cual se oficializó la nomenclatura de las tres Redes de Servicios de Salud Noroeste, Este y Sur. Al derogarse, debe quedar sin efecto cualquier otra disposición relacionada con esas tres Redes.

ACUERDO SEXTO: Se Instruye a las Gerencias Médica y Administrativa para que, de acuerdo con sus competencias y en coordinación con la Instancia que conduzca el proceso de fortalecimiento de la prestación de servicios de salud, en línea con el documento “Marco Conceptual y Estratégico para el Fortalecimiento de la Prestación de Servicios de Salud”, ordenen a sus instancias la elaboración de un documento técnico, que defina claramente la

organización para la gestión clínica y administrativa del Primer, Segundo y Tercer nivel de atención en Red, el cual debe incluir funciones, competencias y responsabilidades de cada uno de ellos.

ACUERDO SÉPTIMO: Considerando la complejidad y relevancia del proceso de fortalecimiento de la prestación de servicios de salud en la Institución, así como los resultados obtenidos en el proyecto de validación, se **aprueba convertir la Dirección de Fortalecimiento de la Prestación de Servicios de Salud en una instancia permanente de la organización**, con criterio técnicamente vinculante para la conducción, acompañamiento y seguimiento del proceso de fortalecimiento y la implementación de las RIPSS, con el propósito de que disponga de la autoridad para coordinar con las diversas instancias institucionales, así también la creación de diecisiete (17) códigos requeridos para su funcionamiento inicial, de acuerdo con lo definido en la Estrategia de Implementación, para lo cual se instruye:

- 1) A la Gerencia Administrativa, realizar las acciones necesarias para que esta Dirección esté adscrita en la organización actual a la Presidencia Ejecutiva. A la Dirección del Proyecto Reestructuración Organizacional del Nivel Central, incorporarla como Dirección de Sede adscrita a la Gerencia General, en la nueva estructura aprobada por este Órgano Decisor. Lo anterior en concordancia con lo instruido en el artículo 24° de la sesión N°8961 del 01 de marzo de 2018.
- 2) A la Gerencia Administrativa, instruir a sus unidades técnicas para que procedan de forma inmediata con la elaboración del Manual de Organización de la Dirección, considerando lo aprobado en la estrategia de implementación, plazo que no podrá superar los **dos meses**, para su presentación y aprobación por este Órgano Decisor.
- 3) A la Gerencia Administrativa y Gerencia Financiera, instruir a sus unidades técnicas para que procedan de forma inmediata con la creación de los diecisiete códigos, plazo que no podrá superar los **dos meses**, para el uso efectivo de éstas en la Dirección.
- 4) A la Gerencia Financiera, mantener la Unidad Ejecutora N°2919 y otorgar los recursos económicos para su funcionamiento. Las demás Gerencias deberán asignar los recursos que sean solicitados para su adecuada ejecución, según su competencia y aprobar su conformación como Unidad facultada para realizar contratación administrativa.
- 5) A la Presidencia Ejecutiva, comunicar a las Gerencias e instancias, que los funcionarios que actualmente se encuentran en calidad de préstamo en el Proyecto, se mantendrán en la Dirección, conservando las mismas condiciones salariales y laborales de sus unidades de origen, hasta tanto se asignen los códigos nuevos y se autoriza la sustitución de dichos funcionarios, cuando así se requiera.
- 6) De acuerdo con la Estrategia de Implementación y según lo dispuesto por los lineamientos institucionales, se aprueba excepcionalmente, la sustitución de los funcionarios que se requieran para laborar en el desarrollo de dicha Estrategia, en

los casos debidamente justificados y previamente aprobados por la Dirección de Fortalecimiento.

Finalmente, y de acuerdo con lo deliberado, la Junta Directiva –en forma unánime- **ACUERDA:**

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

ACUERDO SEGUNDO: delegar en la Presidencia Ejecutiva y en las Gerencias la adopción de las acciones necesarias para la continuidad por el tiempo necesario del Proyecto Fortalecimiento de la Prestación de Servicios de Salud.

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

A las dieciocho horas se levanta la sesión.