

Acta de la sesión extraordinaria número 8584, celebrada por la Junta Directiva de la Caja Costarricense de Seguro Social, a las trece horas del lunes 11 de junio de 2012, con la asistencia de los señores: Presidenta Ejecutiva, Dra. Balmaceda Arias; Vicepresidente, Dr. Fallas Camacho; Directores: Sr. Nieto Guerrero, Prof. Meléndez González, Licda. Solera Picado, Ing. Salas Carrillo, Sr. Loría Chaves, Lic. Gutiérrez Jiménez, Lic. Marín Carvajal; Subauditor, Lic. Sánchez Carrillo; y Lic. Alfaro Morales, Subgerente Jurídico. Toma el acta Emma Zúñiga Valverde.

ARTICULO 1°

Conforme con lo previsto, se presentan los informes de las Gerencias en relación con las recomendaciones del *“Informe del equipo de especialistas nacionales nombrado para el análisis de la situación del Seguro de Salud de la Caja Costarricense de Seguro Social”*, según el siguiente detalle:

Ingresan al salón de sesiones los doctores Marcela Chavarría Barrantes, Directora Regional de Servicios Médicos Región Huetar Norte, Armando Villalobos Castañeda, Director Regional de Servicios Médicos Central Sur, la ingeniera Susan Peraza Solano, y los ingenieros Sergio Chacón Marín y Max Barberena Saborío, funcionarios de la Dirección de Planificación Institucional.

D) Gerencia Médica: oficio N° 11.248-8 de fecha 7 de junio de 2012: informe ejecutivo final: atención recomendación N° 57.

El Ing. Barberena Saborío señala que la Gerencia Médica presentará la atención de la recomendación N° R-57 del Informe del Equipo de Especialistas nacionales nombrado para el análisis de la situación del Seguro de Salud de la Caja Costarricense de Seguro Social, en atención al artículo 10° de la Sesión N°8545 de la Junta Directiva. Es un informe de avance y de seguimiento de los primeros tres meses. La Gerencia Financiera presentará un informe relacionado con la base de datos de los Asegurados por el Estado. En el caso específico de la Gerencia Médica surge porque el Grupo de Especialistas señala que en la estructura organizacional se evidencia un número considerable de comisiones. La solicitud se dirigió a la Gerencia Administrativa, en el sentido de que se realizara un inventario de las comisiones existentes por cada una de las Gerencias y que la Gerencia Médica, consolidaría la información. En ese mandamiento, se determinó que el 80% de las comisiones se destacan en la Gerencia Médica. La semana anterior presentaron el grado de avance de la conformación de estas comisiones y se consideró importante que fuera analizada por los profesionales de la Gerencia Médica. La idea es que se analice la información y se tome como insumo para que la Gerencia Administrativa, en el ámbito de sus competencias, logre conformar las comisiones necesarias.

El Dr. Villalobos Castañeda, con el apoyo de las láminas que se especifican seguidamente, se refiere al tema de las Comisiones en la Gerencia Médica:

I. Presentación

- Atención de la recomendación # R-57 del Informe del Equipo de Especialistas nacionales nombrado para el análisis de la situación del Seguro de Salud de la Caja

Costarricense de Seguro Social indicado en el artículo 10° , sesión 8545 de la Junta Directiva

- **R.57. Comisiones con responsables directos y plazos definidos.**
- “Como parte de la fragmentación y descoordinación entre gerencias, uno de los mecanismos más utilizados en la institución para atender los asuntos intergerenciales o temas transversales es el nombramiento de comisiones. Generalmente estas comisiones son conformadas por un gran número de personas, pero sin que alguna de ellas sea designada oficialmente como responsable de que la comisión logre el objetivo propuesto. Además, generalmente no se fijan plazos para la obtención de resultados.

Esta práctica es nefasta para la institución, pues las comisiones tardan muchos meses o años en producir algún resultado -que no siempre es el esperado-, los miembros de la comisión cambian frecuentemente -con lo cual se diluyen responsabilidades-, no hay un responsable por lo que sucede, y quienes participan restringen su atención a las labores ordinarias.

Por ello, se recomienda evitar al máximo las comisiones, y que los asuntos intergerenciales sean resueltos directamente entre los Gerentes o los Directores institucionales a quienes corresponde. En caso de que sea imprescindible la creación de una comisión, necesariamente se debe designar a un funcionario como responsable, establecer el plazo máximo en que la comisión deberá rendir sus frutos, y contar con mecanismos de seguimiento y verificación”

Tomado de: “Informe del equipo de especialistas nacionales nombrado para el análisis de la situación del seguro de salud de la CCSS” Sep-2011.

- Acuerdo:
“En lo que se refiere a la recomendación número 57 del informe del *Equipo de Especialistas*, la Junta Directiva **instruye** a todas las Gerencias para que realicen un levantamiento, en un plazo de 30 (treinta) días, de las comisiones temporales y permanentes existentes a nivel de todo el país. Dicho levantamiento, debe incluir la cantidad de comisiones, un detalle de sus objetivos, total de integrantes, productos y plazos de realización de cada una de ellas. Consecuentemente, **instruye** a las Gerencias, para que en un plazo no mayor a 3 (tres) meses, presenten una propuesta de simplificación y racionalización de las mismas y determinen los requerimientos fundamentales para su creación y funcionamiento. Dicha propuesta debe enfocar el quehacer de las comisiones sobre los principios de administración de proyectos donde se defina su alcance, responsables, tiempo, costos, entregables, entre otros”

II. Equipo de Trabajo:

- **Dirección Regional Central Norte:**
Dra. Marcela Chavarría Barrantes.
Lic. José Ángel Castro Granados (*).

- **Dirección Regional Central Sur:**
Dr. Armando Villalobos Castañeda.
Lic. Jasón Calvo Rojas (*).
Conformados según oficio N° 2431-8 del 28 de noviembre de 2011, firmado por el Dr. Zeirith Rojas Cerna, Gerente Médico.

(*). Nombrados por los Directores Regionales.

- **Alcance: Nacional.**

1. Apoyo de la Gerencia Médica.

Oficios enviados el 10 de enero de 2012, solicitando la información de las comisiones existentes en cada una de las unidades del país, divididas, para el efecto, en cuatro categorías:

- a. Direcciones de sede.
- b. Regiones programáticas.
- c. Hospitales.
- d. Áreas de Salud.

2. Ordenamiento y análisis de la Información.

3. Construcción de la Propuesta.

4. Presentación autoridades.

- **Datos solicitados para el estudio:**

- Nombre del centro o dirección.
- Nombre de la(s) comisión(es).
- Importancia de la(s) misma(s) (1, 2, 3).
- Carácter de las sesiones (Permanente, Temporal).
- Número de participantes por comisión.
- Frecuencia de las sesiones.
- Responsable (creación).

- **Comisión:**

“Conjunto de personas a las que, como grupo se les delega un asunto”.

1. “Existen diversos tipos de comisión, ya sea, para toma de decisiones, deliberación de problemas específicos, brindar recomendaciones, recepción de información, etc.
2. Las comisiones representan una forma de trabajo organizacional entre otras, tales como: equipos de trabajo, grupos de tarea, grupos focales, equipos autodirigidos, etc.
3. Existen comisiones formales e informales, así como de carácter permanente o temporal.
4. Las comisiones pueden ser costosas, no llegar al objetivo deseado, llevar a la indecisión, dividir la responsabilidad, reemplazar la toma de decisiones gerenciales, terminar en decisiones poco importantes o exceder la autoridad de los participantes”

Koontz, Harold; Weirich, Heinz; Cannice Mark. "Administración: Una perspectiva global y Empresarial" Editorial Mc. Graw Hill. 2008.

III. Direcciones de sede:

- **Muestra: 67% (4 de 6 Direcciones de Sede).**
 - Número de comisiones 109.
 - Número de funcionarios 748.
 - Reuniones que se realizan en el año 1.797.
- **Frecuencia:**
 - Mayor frecuencia 96 sesiones/año.
 - Menor frecuencia 1 sesión/año.
- **Cálculo costo:**
 \sum de cada comisión * #funcionarios* #veces* 3,5 hrs* ¢9145.15/hr.
- **Costo (salarios):**
 - Muestra ¢365.019.517.
- **Responsable:**
 - Institucional 51%.
 - Local 43%.
 - Ente externo 6%.
- **Ejemplos:**
 1. Comisión de elaboración de manual de dietas normales y dietoterapia.
 2. Grupo experto de Lepra.

IV. Direcciones Regionales:

- **Muestra: 100% (7)**
 - Número de comisiones 153.
 - Número de funcionarios 880.
 - Reuniones que se realizan en el año 1.094.
- **Frecuencia**
 - Mayor frecuencia 84 sesiones/año.
 - Menor frecuencia 2 sesiones/año.
- **Cálculo costo:**
 - \sum de cada comisión * #funcionarios* #veces* 3,5 hrs* ¢9145.15/hr.
- **Costo (salarios):**
 - Muestra ¢ 238.212.867.
- **Responsable:**

- Institucional 53%.
- Local 39%.
- Ente externo 8%.

• **Ejemplos:**

1. COREVE, CIREVIS.
2. Gestores de Ética y Valores.

V. Hospitales:

- Muestra: 55% (16 de 29 hospitales).
 - Número de comisiones 310.
 - Número de funcionarios 1.587.
 - Reuniones que se realizan en el año 4.796.
- Frecuencia
 - Mayor frecuencia 84 sesiones/año.
 - Menor frecuencia 2 sesiones/año.
- Cálculo costo:
 - \sum de cada comisión * #funcionarios* #veces* 3,5 hrs* ¢9145.15/hr.
- Costo (salarios):
 - Muestra ¢ 819.245.400.
 - Proyectado ¢1.484.882.287.
- Responsable:
 - Institucional 48%.
 - Local 51%.
 - Ente externo 1%.

• **Ejemplos:**

1. Comisión de Parqueo.
2. Comisión de Emergencias.
3. Comisión ahorro energético

VI. Áreas de Salud:

- **Muestra: 86% (77 de 90 áreas de salud *)**
 - Número de comisiones 1.137.
 - Número de funcionarios 4.792.
 - Reuniones que se realizan en el año 13.927.
- (*) No se consideró dentro del estudio a las áreas administradas por proveedores externos.
- **Frecuencia**
 - Mayor frecuencia 12 sesiones/año.

- Menor frecuencia 2 sesiones/año.
- **Cálculo costo:**
 - Σ de cada comisión * #funcionarios* #veces* 3,5 hrs* ¢9145.15/hr.
- **Costo (salarios):**
 - Muestra ¢1.929.027.643.
 - Proyectado ¢2.254.707.634.
- **Responsable:**
 - Institucional 54%.
 - Local 25%.
 - Ente externo 21%.
- **Ejemplos:**
 1. Comisión de Seguridad Vial.
 2. Comisión para indigentes.
 3. Comisión Carbono Neutral.

VII. Gerencia Médica

Muestra General: 79% (104 de 132 unidades)

- Número de comisiones analizadas 1.709.
- Número de comisiones proyectadas 2.153.
- Número de funcionarios 8.007.
- Número de funcionarios proyectados 10.105.

Naturaleza:

- Administrativas 43%.
(Comisión de Control Interno)
- Salud 56%.
(Comisión de Infecciones Nosocomiales)
- Externas 1%.
(Comisión Peritaje del Colegio de Enfermeras)

Carácter:

- Permanentes 79%.
(Vigilancia Epidemiológica)
- Temporales 21%.
(Comisión de investigación Administrativa)

Importancia:

- Alta 90%.
- Media 9%.
- Baja 1%.

VIII. Direcciones de Sede:

- Sesiones/comisión/año 16,5.
- Sesiones/día laboral 6,9.
- Funcionarios por comisión 6,9.

IX. Direcciones Regionales:

- Sesiones/comisión/año 7,2.

- Sesiones/día laboral 4,2.
 - Funcionarios por comisión 5,8.
- X. Hospitales:**
- Sesiones/comisión/año 15,5.
 - Sesiones/día laboral 33,2.
 - Funcionarios por comisión 5,1.
- XI. Áreas de salud:**
- Sesiones/comisión/año 12,2.
 - Sesiones/día laboral 62,1.
 - Funcionarios por comisión 4,2.
 - **Costo año 2011:** ¢4.342.822.306 (*).
 - (*) Solamente se incluye el rubro salarios.
- XII. Direcciones de Sede:**
- Conclusión: Generadoras de comisiones.
 Recomendación: Redefinir su quehacer.
- XIII. Direcciones Regionales:**
- Conclusión: Respuesta a Necesidades.
 Recomendación: Respeto por planificación.
- XIV. Hospitales:**
- Conclusión: Recurso y tiempo invertido alto.
 Recomendación: Reincorporación a tarea sustantiva.
- XV. Áreas de salud:**
- Conclusión: Desvío de objetivos primordiales.
 Recomendación: Reincorporación a tarea sustantiva.
- XVI. Conclusiones:**
1. Evasión de responsabilidad.
 2. Inexistencia de uniformidad de criterios.
 3. Desconocimiento de manejo de temas específicos
 4. Falta de regulación en el tema. Duplicidad.
 5. Comisiones múltiples por temas afines.

XIX. Recomendaciones:

1. Definición de Política de trabajo Institucional.
2. Veto a la formación de comisiones.
3. Mantener las comisiones oficialmente creadas.
4. Evaluación y seguimiento de resultados.
5. Agrupación de los temas para discusión.
6. Utilización de medios tecnológicos disponibles

Se propone:

1. Proceder a eliminar toda comisión existente no oficial o legalmente sustentada, manteniendo las comisiones creadas por ley. De efecto inmediato y sin posibilidad revocatoria.
2. Dictar una política institucional relacionada. Definiendo en ella, además de la normativa para evitar lo más posible la conformación de una comisión, a los responsables tanto de la comisión, como de su seguimiento
3. Como producto de una revisión exhaustiva, cada Gerencia definirá las comisiones permanentes necesarias para sustentar su quehacer, enmarcadas por la política mencionada.

4. Introducir la verificación de resultados de comisiones o equipos de trabajo, dentro de la metodología de supervisión.

Alcance:

La política cubrirá a toda unidad institucional.

Para la implementación, se propone:

1. Eliminación:

Acuerdo de Junta Directiva.

Revisión previa por parte del Departamento Legal.

2. Política:

- Dictada por Junta Directiva.
- Conformar un equipo que proponga la metodología.
- Presentación al Consejo de Gerentes.
- Validación, aceptación, socialización.

3. Revisión:

Revisión por parte de cada Director.

Solicitar la validación de la Gerencia respectiva.

4. Control-seguimiento-evaluación:

Regiones: metodología aplicable en las supervisiones.

Hospitales nacionales: Definir un equipo o bien su dependencia técnica en el ramo

Costos:

Si se mantuvieran solamente las comisiones oficializadas mediante decretos o leyes:

Costo: ¢392.156. 854.

Impacto Financiero:

Ahorro ¢ 3.950.665.452.

Impacto en la Gestión Institucional:

De recuperarse el quehacer de 4792 profesionales en las Áreas de salud, se podría disponer de 18,3 profesionales más por día laboral. En el caso de que se tratase de personal médico, podría significar un total de 586 consultas más por día, lo que al año alcanzaría una cifra de 148,157 consultas.

Impacto Social:

El “recuperar” profesionales, redundaría en una mejora del quehacer institucional al no distraer tiempos en actividades no ligadas a su misión y, por ende, en la percepción que de la Institución tienen los usuarios.

El Dr. Villalobos Castañeda refiere que la Gerencia Médica está atendiendo la recomendación N° 57, contenida en el informe de la Comisión de los Especialistas. Además, se atiende el acuerdo de cita, en el cual la Junta Directiva instruye a todas las Gerencias para que realicen un inventario de las Comisiones temporales y permanentes existentes a nivel de todo el país, en un plazo de 30 (treinta) días. El inventario debe incluir la cantidad de comisiones, un detalle de sus objetivos, total de integrantes, productos y plazos de realización de cada una de ellas, para que se presente una propuesta de simplificación y racionalización, y se determinen los requerimientos fundamentales para su creación y funcionamiento. La propuesta debe enfocar el quehacer de las comisiones sobre los principios de administración de proyectos donde se defina su alcance, responsables, tiempo, costos, entregables, entre otros. Mediante el oficio N° 2431-8 del 28 de noviembre de 2011, firmado por el Dr. Zeirith Rojas Cerna, Gerente Médico, solicita a la Dra. Marcela Chavarría Barrantes y al Lic. José Ángel Castro Granados, así como al Dr. Armando Villalobos de la Región Central Sur; que se conformen como equipo de trabajo para estudiar las

comisiones de la Gerencia Médica. Al ser el estudio de alcance nacional se requirió apoyo de la Gerencia Médica para que solicitara la información de las comisiones existentes en cada una de las unidades del país, divididas, para el efecto, en cuatro categorías:

- a. Direcciones de sede todo en el nivel central.
- b. Regiones programáticas.
- c. Hospitales.
- d. Áreas de Salud.

La información que se solicitó fue el nombre del centro o dirección, el nombre de la(s) comisión(es), y su importancia, si las sesiones eran de carácter permanente o temporal, el número de participantes por comisión, si el número de participantes que se solicitó para cada comisión participa en cinco comisiones, no está como una persona para cada una de las cinco comisiones, el tiempo empleado se tiene que convertir en horas hombre para conocer cuánto tiempo se invierte en las comisiones; frecuencia de las sesiones y el responsable de la comisión. Se tomó una muestra de las comisiones y se determinó que cuatro de las seis Direcciones de Sede cuentan con 109 comisiones, en las que participan 748 funcionarios y realizan 1.797 sesiones al año, con un costo aproximado de trescientos sesenta y cinco millones diecinueve mil quinientos diecisiete colones (¢365.019.517.00). Por ejemplo, se tiene una Comisión de Seguridad Vial, Comisión para indigentes y Comisión Carbono Neutral, entre otras.

A propósito de una consulta del Director Fallas Camacho, señala el Dr. Villalobos que se realizó un análisis para cada uno de los casos, se determinó el costo promedio de los profesionales que participan en las comisiones, en cuatro de seis Direcciones de Sede realizaron 1.800 reuniones al año, lo que significa que se realizan siete reuniones por día. En esas Direcciones, el costo es de trescientos treinta millones de colones por año. Respecto de la Gerencia Médica se tomó una muestra del 79%, ciento cuatro comisiones de ciento treinta y dos unidades; se analizaron mil setecientos nueve comisiones, el análisis se proyectó a dos mil ciento cincuenta y tres comisiones, en las que participan ocho mil siete funcionarios y se proyectaron diez mil ciento cinco funcionarios. Con respecto a la naturaleza de las comisiones el 43% son Comisiones de Control Interno, el 56% de Salud (Comisión de Infecciones Nosocomiales), de carácter permanentes son el 78% (Vigilancia Epidemiológica) y temporales el 21% (Comisión de Investigación Administrativa); un 90% de las comisiones son de importancia alta, el 9% de media y el 1% baja. En cuanto a los Hospitales, de 29 Hospitales; se recibió respuesta de 16 para un 55%. Tienen 310 comisiones y 587 funcionarios participando, se realizan cuatro mil reuniones por año y el costo es de ochocientos diecinueve millones de colones. En total se analizaron mil setecientos nueve comisiones, se proyectaron al 100% de las unidades, aproximadamente serían dos mil ciento cincuenta y tres comisiones, mil siete funcionarios participando y si se proyecta en un 100% serían diez mil ciento cinco funcionarios. La naturaleza de esas comisiones el 43%, son de corte administrativo y el 56% son de salud. De acuerdo con la información indicada por los Directores, el 49% de son importantes. En las Direcciones se podrían encontrar siete sesiones por día y veinticuatro personas sesionando todos los días en las siete Direcciones Regionales, en los hospitales nueve comisiones estarían funcionando por día y ciento cincuenta funcionarios dedicados a la comisión diaria, por ejemplo. En el 2011 el gasto en salarios fue de cuatro mil seiscientos cuarenta y ocho millones de colones, solamente destinados a atender comisiones y los costos asociados a ellos.

Interviene el Director Gutiérrez Jiménez y señala que durante el tiempo que ha sido miembro de esta Junta Directiva, ha mantenido su posición en el sentido de que la Institución tiene un exceso de comisiones y de funcionarios que asisten a las mismas, esa situación la ha denominado como un síndrome de “comisionitis”. Le preocupa la información que se está presentando porque determina resultados que confirman que en la Institución no se gestiona, no se controla, que no se evalúa, ni se administra, es un reflejo de la falta de quehacer de los jefes y los que conceden los permisos para que se realicen las comisiones. Por ejemplo, se indica que el 90% de las comisiones son importantes, no lo considera así. Hace un llamado a la medida porque le parece que las comisiones se están desnaturalizando y, eventualmente, afectan algunas que son importantes. Algunas han sido creadas por medio de un decreto, por una norma, o uso, que en la vida real no existen y están porque tiene que existir. Considera que es un tema que debe atender la administración y no la Junta Directiva, lo que debería suceder es que se presente un informe en el que se indique que la situación está solucionada, porque se produce un gasto elevado y los costos se deben bajar. Por otro lado, su mayor preocupación es en el sentido de que muchos funcionarios que integran las comisiones deberían estar atendiendo pacientes. Solicita a la señora Presidenta Ejecutiva y a los Gerentes, o a quien corresponda; que adopten medidas inmediatas para que se le brinde una solución al tema de las comisiones; lo que considera es impostergable.

Señala la Dra. Balmaceda Arias que como Junta Directiva se está atendiendo una recomendación de la Comisión de los Notables y lo que se proponga será atendido por las Gerencias.

En relación con el acuerdo propuesto, al licenciado Gutiérrez Jiménez le parece que la Junta Directiva debe acoger el informe e instruir a quien corresponda y se informe por parte de la administración que la situación está corregida.

La señora Presidenta Ejecutiva indica que se está presentando un insumo y, luego, se darán las recomendaciones para que continúe en el proceso.

El Director Marín Carvajal comparte lo expresado el licenciado Gutiérrez Jiménez; sin embargo, discrepa en la implementación porque están recomendando en la política como segundo punto, que sea dictada por esta Junta Directiva. Rescata algunos datos que son importantes, por ejemplo, la proyección que se realiza en el costo es de cuatro mil trescientos cuarenta y dos millones de colones al año, más las cargas sociales derivadas de ese monto, puesto que son solo salarios y eso implica el aguinaldo, entre otros; serían mil trescientos millones de colones más, o sea, el costo sería alrededor de cinco mil seiscientos millones de colones más, sin incluir los gastos de transporte, el desplazamiento, la logística, la electricidad, teléfonos y otros. De manera que el costo sería alrededor de seis mil millones de colones, lo que representaría casi once millones de dólares, que sería lo que le costarían a la Gerencia Médica las comisiones. Aclara que no se refirió al costo de oportunidad que es el tiempo que implica en esos montos, el dejar de brindar atención clínica a los asegurados y, por ende, se explica la lista de espera, porque representan ciento cincuenta mil consultas. Por ejemplo, en la Comisión del Banco de Sangre no se encuentra un Especialista que se relacione con la sangre propiamente.

Aclara la Dra. Balmaceda Arias que los Microbiólogos son los encargados de los bancos de sangre.

La Dra. Balmaceda Arias agradece el trabajo presentado. Le parece que es una parte del análisis que se tiene que realizar, porque no se puede pensar en que las comisiones no funcionan, sino que se tiene que mejorar su funcionamiento. Por ejemplo, las comisiones técnicas, de vigilancia epidemiológica y de mortalidad materna deben existir por Ley. El análisis que se debe realizar es en el sentido de que se determine cuáles tienen que existir y cuáles no, la Gerencia Médica tiene que indicarlo. No cree en una política de comisiones, pero le parece que se debe ordenar el proceso con ese insumo, se tendría que concretar porque las unidades tienen que contestar; de manera que se identifique cada centro para que conteste. Por otro lado, a nivel local se tienen que definir cuáles son las actividades sustantivas para las cuales se encuentran establecidas las comisiones del área regional o del nivel central, es un aspecto que se tiene que analizar. A manera de ilustración, una comisión para definir lepra no debería existir, porque en la estructura organizativa se tiene la Dirección Técnica de Servicios de Salud que es la que se debe encargar, para lo cual requiere un apoyo, pero es circunstancial y no permanente. Estima que no se puede dictar una política en la que se indique que se eliminen las comisiones, se deben estandarizar porque éstas deben existir. En cuanto a las recomendaciones que se indican en el informe, le parece que la Gerencia Administrativa tendría que integrar la información para que se determinen las comisiones de la Gerencia Administrativa, Financiera y Logística. Además, que se complete la información.

La Directora Solera Picado agradece el informe al grupo de trabajo por el esfuerzo que representa. Recuerda que cuando fue funcionaria de la Institución, en una ocasión fue parte de dieciocho comisiones y el trabajo ordinario lo realizaba en horas no ordinarias. Señala que no se pueden alcanzar resultados, si no se tienen objetivos y metas para determinar las comisiones, se realizaba un sin número de reuniones y no se resolvía el asunto, porque se carecía de una guía. Revisó la política y el documento que está trabajando la Gerencia de Logística sobre la regulación, no como política, sino como regulación institucional sobre el trabajo de las comisiones. Considera que el Gerente Administrativo como coordinador del informe final, sería interesante que tome lo que se está indicando en el informe para que se determine como debería ser, por ejemplo, una Comisión de Logística, porque hay comisiones que no se pueden eliminar por el apoyo que deben brindar. En ese sentido, la Gerencia Médica lleva la dirección porque los aspectos técnicos los emana la Gerencia Médica. Señala que el documento podría ser una guía importante en el análisis del proceso de las comisiones.

Aclara la Dra. Balmaceda Arias que no es una política sino un lineamiento, una normativa de organización.

La licenciada Solera Picado sugiere que cuando se presenten propuestas de modificaciones a un Reglamento que tiene que ser aprobado por la Junta Directiva, se elimine el concepto de comisión.

Señala la Dra. Chavarría que el trabajo en comisiones se tendría que analizar y se establezcan desde la estructura de la organización porque, eventualmente, se ha hecho un uso excesivo de ellas, por lo que se determina importante que exista una política que regule su conformación.

Aclara la Dra. Balmaceda Arias que debe existir regulación en la formación de comisiones.

La Dra. Chavarría indica que el tema de las comisiones fue atendido por la Gerencia Médica, es un avance del trabajo. Le parece que este insumo se debería trasladar al coordinador de las

comisiones para que se elabore un plan. Además, se realizó una investigación en el sentido de cuáles comisiones están constituidas por ley o decreto.

La señora Presidenta Ejecutiva apunta que el trabajo se debe completar, de manera que se integre con las comisiones de las demás Gerencias y con base en el análisis, determinar cuáles comisiones están creadas por Ley; además, en la parte operativa de la Dirección Regional se deberían dar los insumos para que se presente una propuesta de cuáles son fundamentales y cuáles se pueden integrar y, eventualmente, que se eliminen.

Interviene el Director Salas Carrillo y señala que el trabajo no incluyó las comisiones que existen a nivel de la Junta Directiva. Por otra parte, le parece que no se puede responsabilizar a una persona en específico por la creación de un sin número de Comisiones, porque forma parte de la cultura organizacional como Institución. Estima que en el momento en que se tome un acuerdo en el sentido de que se eliminen las Comisiones no se corregirá ningún aspecto, porque, reitera, está impregnado dentro de la cultura como institución. Estima que se debe verificar cuáles son las Comisiones creadas por Ley y cuáles son las necesarias, porque el tema de que existan tantas comisiones demuestra que el problema de la Institución es de gestión; por ejemplo, se forma una comisión para que administre el parqueo, siendo una decisión administrativa. Una Comisión en investigación epidemiológica es técnica y necesaria. Cree que una decisión no es eliminar las Comisiones, sino que se les baje el perfil y continúen las que son estrictamente necesarias. El informe es de la Gerencia Médica por lo que se tiene que integrar el trabajo con las otras Gerencias y se determine cuáles son las Comisiones necesarias.

Anota la Dra. Balmaceda Arias que si se aprueba una política para la creación de las Comisiones se puede o no cumplir. Considera que se debe normalizar cuáles Comisiones deben existir por Ley, cuáles se tienen que crear, cómo se tienen que conformar, por ejemplo, si necesita el visto bueno de la respectiva Gerencia, sus objetivos, metas, plazos y otros; esa sería una regulación que no es una política. Por otra parte, existen acuerdos de la Junta Directiva referentes a las Comisiones, además de un reglamento que se tendría que revisar. Le parece que las otras Gerencias completen la información y que la Junta Directiva apruebe la información, porque no se trata de crear Comisiones. Además, que se analicen las Comisiones desde el punto de vista del nivel regional y local, cuáles se pueden integrar en una sola y elaborar una propuesta de normalización.

Reitera el licenciado Gutiérrez Jiménez que el tema de las Comisiones es una cultura que se debe revertir. Le preocupa porque su creación, eventualmente, conlleva a que no se quiere asumir responsabilidades; por ejemplo, se delega en una Comisión un asunto que no se desea que se resuelva de inmediato, o para que rinda una resolución que se asume como buena, pero no es responsable el que delegó, porque no desea asumir esa responsabilidad. Está de acuerdo en que el tema no se debe determinar que no es bueno, se debe tener cuidado porque existen Comisiones que aunque no parezca, pueden ser útiles. Se cuestiona si existe alguna en las otras Gerencias realizando las mismas funciones. Por otra parte, le parece que si las Comisiones no funcionan es porque no se tiene una cultura de evaluación, ni de control y los aspectos que no se evalúan, ni se controlan, no se pueden administrar. Por ejemplo, hay Comisiones que mantienen los mismos integrantes desde hace años, no reflejan innovación. Le parece importante que las Comisiones se estén renovando con miembros externos. Por otro lado, independientemente de que sea una política o no, es una cuestión administrativa.

Aclara la Dra. Balmaceda Arias que el acuerdo se ha cumplido parcialmente, porque solo es el levantamiento de la información según el acuerdo tomado por la Junta Directiva y solo lo está presentando la Gerencia Médica. Luego del levantamiento de la información, en un plazo de tres meses se presentará una propuesta de simplificación y racionalización de las Comisiones, así como los requerimientos para su creación y funcionamiento. Dicha propuesta debe enfocar el quehacer de las Comisiones sobre los principios de administración de proyectos donde se defina su alcance y responsables, entre otros.

Señala el licenciado Barberena que en el caso el concepto sería que cada Gerente tiene que realizar el levantamiento, la Gerencia Médica lo realizó, pero al tener gran cantidad de Comisiones se está presentando como un avance. La Dirección de Servicios Administrativos de la Gerencia Administrativa está consolidando la información, se tendría que completar el 13% que les hace falta, para que la Gerencia Administrativa presente la propuesta.

La Dra. Balmaceda Arias anota que falta la propuesta de simplificación y racionalización de las Comisiones, la cual debe incluir los alcances, los responsables, el tiempo que funcionará y otros aspectos necesarios. Le parece que la reglamentación se denominará regulación de la conformación de las Comisiones. Además, se tendría que realizar una revisión de los acuerdos de Junta Directiva relacionados con la creación de las Comisiones, incluidas las conformadas por Ley.

El licenciado Barberena lee la propuesta de acuerdo.

Sobre el particular, el Director Loría Chaves señala que el acuerdo es muy genérico. Le parece que la Junta Directiva tiene que instruir, no solo en el sentido de que se presenten resultados, sino de ordenar que éstos sean parte de un proceso de simplificación de las Comisiones en aspectos concretos. Le preocupa y así lo ha indicado, que en la redacción de un acuerdo genérico se diluye su objetivo.

A propósito de una inquietud del licenciado Gutiérrez Jiménez, señala la Dra. Balmaceda Arias que el tema es muy complejo, se tiene el informe del diagnóstico, las Gerencias están trabajando sobre las funciones de las Comisiones que se necesitan. Se está realizando un análisis para determinar si algunas de ellas están trabajando el mismo tema en distintas Gerencias para que sean integradas. Por ejemplo, la Dirección de Compras está en la Gerencia Administrativa, le parece que se tendría que trasladar a la Gerencia Médica para que se tenga un centro de evaluación de la gestión de los servicios de salud. Ese análisis se está realizando en todas las Gerencias. Se puede presentar un avance pero todavía no está concluido el análisis.

El Director Fallas Camacho considera que mediante algunas Comisiones se han tenido resultados exitosos, por ejemplo, el trabajo de la Junta Directiva se evalúa con el resultado que se tuvo con el tema de las incapacidades por medio de la Comisión.

Se retiran del salón de sesiones la doctora Chavarría Barrantes y el doctor Villalobos Castañeda.

Por tanto,

ACUERDO PRIMERO: teniendo a la vista el oficio del 7 de junio en curso, número 11248-8 y el documento a él anexo, que firma la señora Gerente Médico, analizado el informe técnico

presentado por parte de la Gerencia Médica respecto de la recomendación número 57 del Informe del Equipo de Especialistas, en relación con el diagnóstico de la conformación de Comisiones en el ámbito de dicha Gerencia, la Junta Directiva –en forma unánime- **ACUERDA** dar por conocido el informe de avance e instruir a la Gerencia Médica, para que traslade los resultados del levantamiento a la Gerencia Administrativa, de tal manera que sirva de insumo para la elaboración de la propuesta integral de simplificación, racionalización y regulación de la gestión de las Comisiones que se encuentra elaborando la Dirección de Desarrollo Organizacional, la cual debe ser presentada en sesenta días. Para tal efecto, deben tomarse en cuenta acuerdos de Junta Directiva previos y otra reglamentación relacionada.

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

Ingresan al salón de sesiones la señora Gerente de Logística, el licenciado Eithel Corea Baltodano, Director de Administración de Bienes y Servicios, la licenciada Gabriela Arias, y los ingenieros Ovidio Murillo, Director de Producción Industrial, y José Rafael González Murillo, y la licenciada Andrea Vargas, funcionarios de la Gerencia de Logística.

II) Gerencia de Logística: oficio N° GL-7.524-12 de fecha 04 de junio del año 2012, que firma la señora Gerente de Logística: informe acciones realizadas para el fortalecimiento de la Cadena de Abastecimiento y la atención de las recomendaciones 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45 y 46 del Informe Equipo de Especialistas.

El Ing. Barberena Saborío señala que la Gerente de Logística presentará el informe de seguimiento del plan integral de fortalecimiento de la Cadena de Abastecimiento.

La ingeniera Garro Herrera procede a realizar la respectiva presentación, en cuanto al tema de referencia, para lo cual se apoya en las siguientes láminas:

I. Plan de Fortalecimiento de la Cadena de Abastecimiento.

I.1. Antecedentes.

- **JD: Artículo 10° de la sesión N° 8545, el 10 de noviembre 2011.** recomendaciones *Equipo de Especialistas* seguimiento presente un **Plan Integral de Fortalecimiento de la Cadena de Abastecimiento.**

I.2. Recomendaciones:

1. 39. Personal Capacitado y un sistema de información y control de inventarios adecuado.
2. 40. Consolidar las compras.
3. 41. Evaluar modalidades de compra de medicamentos.
4. 42. Transparentar las compras.
5. 43. Publicar en la página web las compras.
6. 44. Definir topes anuales a las compras. (Procedimiento Régimen).
7. 45. Información en tiempo real sobre trazabilidad de medicamentos.

8. 46. Evaluación costo beneficio, de la reducción de costos almacenamiento y vencimiento, respecto del posible incremento del costo de adquisición.

I.3. JD: Artículo 23° sesión N° 8566, el 8 de marzo 2012:

- ACUERDA aprobar las acciones tomadas en el Plan Integral de Fortalecimiento de la Cadena de Abastecimiento e instrucciones particulares:

- | | |
|--|--|
| 1. Normalización y estandarización de las fichas técnicas. | 2. Plan de trabajo para implementación de las interfaces entre los sistemas SIGES), SIFA y SICS. |
| 3. Implementación del SIGES en las unidades de salud. | 4. Propuesta de ajustes a la estructura organizacional. |
| 5. Evaluación sobre el estado y condiciones de la infraestructura y gestión de almacenamiento a nivel de la red institucional. | 6. Plan de inversión y/o alternativas adicionales que permitan fortalecer la capacidad instalada actual de la Red de Lavado Institucional. |
| 7. Implementar un procedimiento institucional que defina procesos para la aplicación de las distintas excepciones que la Ley de Contratación Administrativa. | 8. Evaluación costo beneficio, reducción de los costos almacenamiento y vencimiento, respecto al posible incremento en el costo de adquisición en el aumento del desabastecimiento y proponga los cambios pertinentes. |

I.4. Plan de Fortalecimiento de la Cadena de Abastecimiento.

- *1.Normalización y Evaluación de la Actividad Contractual.*
- *2.Sistemas de Información.*
- *3.Modelo de Adquisiciones.*
3.1 Compras Electrónicas.
- *4.Almacenamiento y Distribución.*
4.1 Modelo Logístico de Almacenamiento
- *5.Producción Industrial.*
- *6.Simplificación de Trámites.*

I.5. ¿Qué estamos haciendo?

Normalización-Logística.

Procesos de Reingeniería.

Procesos.

√

Indicadores.

√

Organización.

Infraestructura.

√

- *Programación y planificación.*
- *Adquisiciones.*
- *Almacenamiento.*
- *Distribución.*
- *Servicio al cliente.*

I.6. Normalización.

- *Estandarización de Procesos.*
- *(Compras Electrónicas).*
 - *Probidad.*
 - *Transparencia.*
 - *Competitividad.*
- *Evaluación Gestión Abastecimiento. (Reingeniería).*
 - *Planificación.*
 - *Adquisición.*
 - *Almacenamiento.*
 - *Distribución.*
- *Gestión de Riesgos*
 - *Desabastecimiento.*
 - *Vencimiento.*
 - *Programación.*
 - *Sistemas de Información.*
- *Desarrollo de Proveedores.*
Acercamiento a proveedores.
I Taller “Estrategias de integración al mercado”.
 - *Evaluación de Proveedores-Contratistas.*
 - *Alianzas estratégicas con el mercado.*
 - *Investigación de mercados internacionales.*
 - *Actualización del Registro.*

I.7. Avances en Normalización.

- *Convenio Marco*
 - *“ACUERDO INTER-ORGÁNICO PARTICIPANDO 13 HOSPITALES”*
 - *CONVENIO MARCO.*
 - *PROTOCOLO DE EJECUCIÓN CONTRACTUAL.*

- *Consignar d CARTEL ADMINISTRATIVO ÚNICO.*
- *FICHAS TÉCNICAS HOMOLOGADAS.*
- *CÓDIGO HOMOLOGADO.*
- *DESARROLLO PROVEEDORES*

- *Participantes*
(35 a 60 part. /sesión).
 - *MÉDICOS ESPECIALISTAS.*
 - *PERSONAL DE ENFERMERÍA ALTAMENTE CAPACITADO. (JEFE DE CENTRO DE EQUIPOS).*
 - *DIRECTORES MÉDICOS Y ADMINISTRATIVOS.*

 - *DIRECTORAS DE FARMACIA.*
 - *DIRECCIÓN DE FARMACOEPIDEMIOLOGÍA.*
 - *ASESORES LEGALES.*
 - *JEFES DE GESTIÓN DE B/S.*
 - *PLANIFICADORES.*
 - *ECONOMISTAS.*

- *Otras normas.*
 - *MODELO DE DISTRIBUCION DE COMPETENCIAS.*
 - *ANALISIS: COMPRAS VERDES, PATENTES, IMPORTACION PARALELA, ENTRE OTROS.*
 - *EN DIRECCIÓN JURÍDICA:*
 - *REGLAMENTO DE DONACIONES.*
 - *REGLAMENTO DE COMISIONES TECNICAS.*

1.8. Situación Actual.

- *Diagrama de referencia y contrareferencia Región Central Sur.*

Situación Actual.

- *Diagrama.*

Sistemas de Información.

- *Gerencia de Logística.*
 - *SIGES.*
 - *SIFA.*

- *Gerencia Médica.*
 - *SIPRO.*

- *Gerencia Financiera.*

- SICS.

Sistemas de Información: Acciones realizadas.

- SIGES .
 - Interfases
 - Nivel Central.
 - Red de Servicios de Salud.
- SICS.
- SIFA.

I.9. CRONOGRAMA PARA LA IMPLEMENTACION DE LAS INTERFASES EN LOS SISTEMAS SIGES, SIFA Y SICS.

I.9.1. Sistemas de Información: Acciones Realizadas.

- SIGES
- Pedido Electrónico.
 - Hospital San Rafael de Alajuela.
 - Hospital San Juan de Dios.
 - Hospital Calderón Guardia.
 - Hospital Max Peralta de Cartago.
 - Hospital Nacional de Niños.
 - Clínica de Coronado.
 - Hospital San Francisco de Asís.
 - Hospital Monseñor Sanabria
 - Hospital Blanco Cervantes
 - Hospital México.
- Nivel Central.
- Red Servicios Salud.

I.9.2. Inducción a Centros de Gestión Informática CCSS (Cuadro).

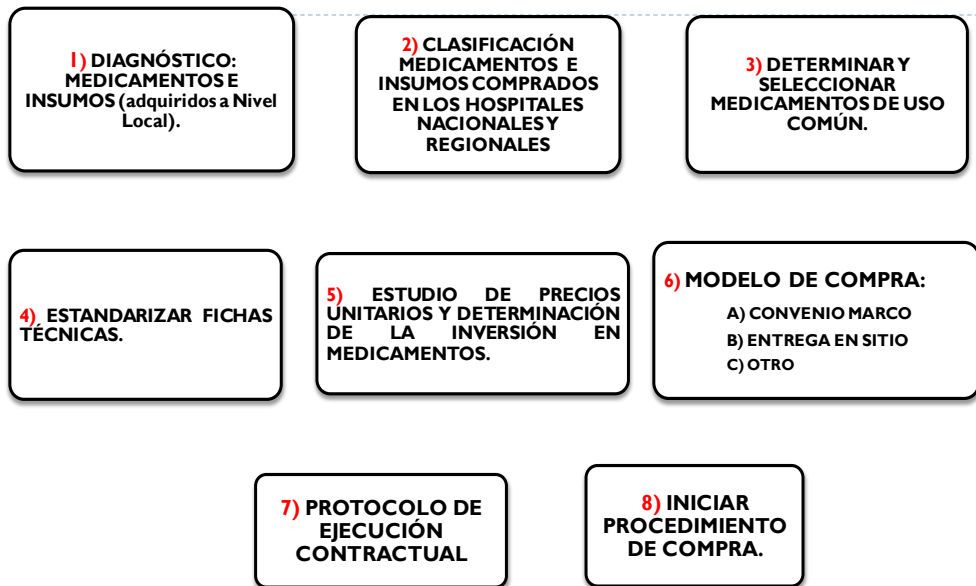
- Beneficios del Pedido Electrónico.
 - FACILIDAD EN EL USO, SE PRESENTA INFORMACIÓN DEL INVENTARIO Y DE LA CUOTA MENSUAL QUE TIENE DERECHO LA UNIDAD ENVITANDO ERRORES DE DIGITACIÓN.
 - ECONOMÍA EN TRANSPORTE, CHOFER, ACOMPAÑANTE, VIÁTICOS EN LA MAYORÍA DE LOS CASOS, NO ES NECESARIO MOVILIZAR VEHÍCULOS PARA LA ENTREGA DEL PEDIDO AL ALMACÉN
 - ECONOMÍA DE PAPEL, EL PEDIDO NO SE IMPRIME EN LA UNIDAD.
 - EN ALMACÉN NO SE DIGITA EL PEDIDO OTRA VEZ LO QUE EVITA EL ERROR HUMANO, CON LAS UNIDADES IMPLEMENTADAS EXISTE 6% DE ECONOMÍA EN DIGITADOR.
 - RAPIDEZ EN LA CONFECCIÓN DEL PEDIDO Y EN EL ENVÍO A UNA SOLA BASE DE DATOS (SIGES).

II. Adquisición

II.1. Criterios de decisión para la clasificación de los insumos ABC.

- ALTO CONSUMO Y ALTO COSTO:
- Guantes, gasas.
- CONSUMO MASIVO Y BAJO COSTO:
- Crema de rosas, Acetaminofén con codeína.
- PRODUCTOS CADENA DE FRIO.
- CRITICIDAD DEL PRODUCTO.
- ALTO CONSUMO Y ELEVADO ESPACIO DE ALMACENAMIENTO:
sueros.
- CONSUMO RESTRINGIDO Y ALTO COSTO:
Etharnecept, Adalilumab.

Consolidación de Medicamentos e Insumos Médicos.



II.2. Modalidades de Contratación

Convenio Marco (Según Demanda y en Sitio)



II.3. Compras Electrónicas

Gerencia Logística
Médica
Infraestructura y Tecnología.

Conformación equipo intergerencial.

Informe de Auditoría y Contraloría General Aprobado 11 de enero Nivel de Gerencia.

Plan de trabajo aprobado (Acuerdo de Junta Directiva).
Informe de los Expertos.

Plan piloto de evaluación en ejecución:

Duración de 6 meses.
Inicia: 21 de mayo.
Finaliza: 21 de noviembre.

Nivel Central Área Adquisiciones de Bienes y Servicios).
Nivel Local (Hospital México, Hospital Calderón Guardia, Hospital San Rafael de Alajuela).

III. Cadena de abastecimiento.

III.1. SIGES INTEGRAL CADENA DE ABASTECIMIENTO

- Programación.
- Formalización.
- Ejecución.
- Almacenamiento.
- Compras Electrónicas.

- CompraRed.
- Mer-Link.
- SIGES.

III.2. Avances del Proceso.

- Convencimiento.
 - Integración nivel central y local ante necesidad de cambio.
- Compromiso.
 - Nivel estratégico, Mandos medios, Nivel operativo.
- Conocimiento.
 - Capacitación: 115 personas uso herramienta electrónica Compra RED.
- Continuidad
 - Dotación certificados firma digital a 65 funcionarios.
 - Compras iniciadas 21 de mayo 2012.

III.3. Parámetros – Evaluado - Mejorado.

Parámetros de Evaluación.

- Tiempo de Respuesta.
 - (cada etapa de la formalización).
 - Facilidad de Uso del Sistema.
 - Participación de Proveedores.
 - Ahorro/costo.
 - Ventajas Uso Modelo C.E.
1. Transparencia, Probidad y competitividad.
 2. Agilidad en los trámites.
 3. Simplificación en los procedimientos.

III.4. Productos Proyectados para adquirir. (Cuadro)

Resultados Plan Piloto Evaluación. (Cuadro).

Medicamentos Proyectados para adquirir. (Cuadro)

Potencial Ahorro

- 21 millones \$ Medicamentos NO LOM y TRANSITO
- 39% Total

- 9 millones \$ Medicamentos Uso Común.

Insumos proyectados para adquirir (cuadro).

IV. Almacenamiento

IV.1. Capacidad y condiciones de almacenamiento de la RED.

- Unidades Visitadas
 - Hospital México.
 - Hospital San Juan de Dios.
 - Hospital Dr. Calderón Guardia.
 - Hospital Dr. Carlos Sáenz Herrera.
 - Hospital San Vicente de Paul.
 - Hospital San Rafael de Alajuela.
 - Hospital Dr. Escalante Pradilla.
 - Hospital Max Peralta.
 - Hospital Monseñor Sanabria.
 - Hospital Enrique Baltodano Briceño.
 - Hospital de San Carlos.
 - Hospital Tony Facio.
- Variables
 - Áreas de recibo de mercadería, almacenamiento y despacho.
 - Métodos de trabajo (almacenamiento y despacho).
 - Recurso humano.
 - Recurso material.
 - Infraestructura.

VI. Almacenamiento.

Capacidad y condiciones de almacenamiento de la RED.

- Cronograma próximas visitas a hospitales. (Cuadro).

Tendencias Almacenamiento.

- Mantener un inventario de equilibrio en función de la capacidad de almacenamiento y de distribución, entre otros de la cadena de abastecimiento institucional.
- Almacén tiene que aportar valor agregado (alta inversión en activo fijo y circulante).
- Almacenar en donde se alistan los pedidos. Centro de Distribución realiza el aliste y el despacho.

Señala la Gerente de Logística que se están atendiendo ocho recomendaciones contenidas en el Informe de la Comisión de Notables:

Señala la Gerente de Logística que se están atendiendo ocho recomendaciones contenidas en el Informe de la Comisión de Notables:

9. 39. Personal Capacitado y un sistema de información y control de inventarios adecuado.
10. 40. Consolidar las compras.

11. 41. Evaluar modalidades de compra de medicamentos.
12. 42. Transparentar las compras.
13. 43. Publicar en la página web las compras.
14. 44. Definir topes anuales a las compras. (Procedimiento Régimen).
15. 45. Información en tiempo real sobre trazabilidad de medicamentos.
16. 46. Evaluación costo beneficio, de la reducción de costos almacenamiento y vencimiento, respecto del posible incremento del costo de adquisición.

De manera que se atiende la normalización y la implementación del Sistema Gestión de Suministros (SIGES) en las unidades de salud, la evaluación del estado y las condiciones de la infraestructura de los almacenes. La Gerencia de Logística desarrolló seis componentes en el Plan de Fortalecimiento de la Cadena de Abastecimiento:

- 1. Normalización y Evaluación de la Actividad Contractual.
- 2. Sistemas de Información.
- 3. Modelo de Adquisiciones.
 - 3.1 Compras Electrónicas.
- 4. Almacenamiento y Distribución.
 - 4.1 Modelo Logístico de Almacenamiento
- 5. Producción Industrial.
- 6. Simplificación de Trámites.

Además, se desarrolla la normativa de los temas de información, el almacenamiento, la distribución y el nuevo modelo logístico de almacenamiento. El tema de producción no solo incluye el tema de producir medicamentos, sino que también abarca el suministro y lavado de ropa hospitalaria, aunque en el informe del Grupo de Expertos no se mencionó. Por otro lado, se están revisando las condiciones de la infraestructura, no solo del Almacén General, sino de la Fábrica de Ropa. El Área de Programación y Planificación está analizando los procesos basados en la normativa existente, se están definiendo indicadores de gestión para mitigar los riesgos. Con la ausencia de esos diagnósticos no se puede presentar el modelo logístico que se desea proponer a la Junta Directiva. Respecto del tema de normalización, se pretende estandarizar procesos por medio del sistema de compras electrónicas para darle transparencia y competencia a las compras en Hospitales Periféricos y Nacionales. Además, se está realizando una evaluación tendiente a que se genere una reingeniería de la gestión de abastecimiento, para clasificar, almacenar y distribuir insumos, no solo los clasificados como A; sino los de uso común en los hospitales. La gestión de riesgos se está analizando en el tema de normalización. Se está promoviendo el acercamiento a los proveedores por medio de un Taller de Estrategias de Integración al Mercado donde se están evaluando proveedores, alianzas, estrategias, actualización del Registro de Proveedores y otros. En normalización se tiene que definir un convenio interorgánico entre los beneficiarios, se han realizado sesiones de trabajo para definir el convenio marco que respaldará el proceso de las compras e insumos. Se definirá el cartel único, los detalles, los pasos por seguir para definir las técnicas de homologación de fichas técnicas. Se tenían códigos en los que se definía el producto, por ejemplo, “guantes según características y especificaciones”. De manera que se realizará la homologación de las fichas técnicas y el código homologado; en el proceso han participado Médicos Especialistas, Jefes de Servicio, planificadores y economistas. Por otro lado, en la Dirección Jurídica se está analizando el Reglamento de Donaciones y el de Comisiones Específicas.

A una inquietud, interviene la licenciada Vargas y señala que en materia de contrataciones se tiene el instructivo, el hecho de tener que revisar el modelo se genera porque las normas ameritan una revisión.

El licenciado Gutiérrez Jiménez manifiesta su preocupación. Recuerda que se había aprobado un Reglamento sancionador, en el que se establecen las sanciones a los proveedores, de manera que se traslada el costo al producto, la misma Institución lo está encareciendo. Está de acuerdo que se sancione al Proveedor, lo menciona porque el sector privado en algún momento se lo ha hecho saber. Por ejemplo, se entrega a la Institución una caja que contiene cinta adhesiva y, supuestamente, a criterio del jefe de bodega está en mal estado y devuelve el producto en lugar de indicar que se lo lleven y que entreguen de nuevo. El Reglamento de Sanciones lo ha comentado con doña Dinorah, porque le parece que es importante que se valore la situación, no solicita que se elimine el Reglamento de Sanciones, sino que se condicione la calidad del producto.

Sobre el particular, señala la Ing. Garro Herrera que el cartel administrativo que se está analizando contiene todos esos temas. Continúa y señala que la Red de Servicios de Salud interviene en todos los hospitales tanto especializados, como nacionales y periféricos. Respecto de la homologación de fichas han participado más de tres hospitales. Se ha iniciado el trabajo en las clínicas periféricas y se realiza el análisis del sector. Recuerda que en este momento están funcionando cuatro sistemas de información, dos son administrados por la Gerencia Médica que son el Sistema de Farmacias (SIFA) y el SIPRO. Además, el SICS es de la Gerencia de Logística y el Sistema de Información Financiera de la Gerencia Financiera. En este momento se están implementando las interfases entre los sistemas. El cronograma fue avalado por la Junta Directiva. Se están proponiendo cuatro interfases y se está avanzando conforme el cronograma de la implementación. Otro tema que se ha introducido es el pedido electrónico, en este momento se tienen hospitales que tienen implementado el pedido electrónico. Por otra parte, señala que el SIGES es un programa muy robusto que incluye la planificación, los módulos van a estar integrados con toda la red marco y se está implementando en las comunidades. El Sistema de Pedido Electrónico se ha implementado en el Hospital de Alajuela y se continuará en otros hospitales, se tienen varios Centros de gestión informática que han sido capacitados con esa herramienta. El Sistema de Pedido Electrónico es muy bondadoso, tiene muchos beneficios y brinda facilidad para tener la información del inventario y de la cuota mensual a que tiene derecho la unidad, de tal manera que se evitan errores de digitación. Por ejemplo, se produce economía en el gasto de choferes, acompañantes, viáticos; además, en el Almacén no se digita el pedido de nuevo, por lo que se evita el error humano. Por otro lado, señala que para consolidar los reglamentos para insumos médicos; existe un diagnóstico de los medicamentos que se solicitan en el nivel local y se determina por parte de los gestores, los Jefes de Farmacia, Jefes de Enfermería qué medicamentos e insumos médicos son importantes. Para poder consolidar el almacenamiento, los productos se clasifican por insumos por parte de los hospitales nacionales y si se determina que son de uso común, se estandariza la ficha técnica. En la parte del consumo, elabora un estudio de todos los precios anteriores, incluso, de otras consideraciones de la Región para que se tenga una base de negociación importante y luego se determina el modelo por emplear; a manera de ilustración, el convenio marco, modelos de compra y entrega se están analizando con mucha seriedad, porque la institución al estar en la red de servicios, se considera que el modelo que más se ajusta para poder promover es la funcionalidad de compra y otros. El modelo marco avanza como modelo de gestión de la Institución y se dejan por fuera contratos de algunos productos que no puede ser por medio del convenio marco. En relación con el cuadro de medicamentos restringidos que es difícil ser adquiridos en la Región, se analizó la Ley de

Precalificación de Medicamentos y de los contratos por consignación, otro modelo que la Institución puede utilizar con facilidad y la aplicación de la Ley de Contratación Administrativa. Por otra parte, se ha hecho un trabajo importante, se conformó un equipo gerencial liderado por la licenciada Gabriela Arias de la Gerencia de Logística, tomando la base marco legal y teórica, no solo la regulación, sino los informes de Auditoría y acuerdos de la Junta Directiva, entre otros. Se tiene aprobado un plan de trabajo desde el mes de enero de este año; además, se cuenta con el acuerdo de la Junta Directiva para que se implemente el proceso de la compra electrónica. La gestión se inició el 21 de mayo con los preámbulos para capacitar y convencer del sistema. Se tienen diferentes inventarios definidos en los Hospitales Calderón Guardia, México y de Alajuela, además la definición de tres unidades que van a realizar la prueba piloto y los resultados van a ser los insumos de uso común consolidados, aunado a que se realice la homologación de los catálogos y las fichas técnicas para no caer en fraccionamiento de las compras. Destaca que el SIGES integra toda la Cadena de Abastecimiento. En cuanto al tema de formalización de la compra, es un sistema robusto y se está promoviendo a nivel local en compras electrónicas, se emplea el sistema por Compra Red, se está negociando el convenio para emplear el sistema de la compra por Mer link y el SIGES como parte del sistema de información de medicamentos por sectores, pero se tiene que conocer a nivel integral qué tanto puede dar el SIGES para que se integren las fases. Se está en el proceso de evaluación de los sistemas Compra Red, Mer-Link y SIGES, según los parámetros, se tienen identificados como tiempos de respuesta cómo se elabora un cartel; cada uno de los procesos de la Ley de Contratación Administrativa están siendo valorados en términos de si los sistemas son amigables y sus facilidades. De la misma manera, la participación de los proveedores, porque tienen su opinión sobre los sistemas. Las ventajas que tienen los sistemas de compras son la transparencia, probidad, competitividad y agilidad en los trámites. En cuanto a la simplificación en los procedimientos, lo que hace es normar en el sistema; por ejemplo, los productos que se proyectan comprar por medio de Compra Red son: Verapamilo Clorhidrato, es un grupo terapéutico de Agentes Cardíacas, Fórmula del Laxante para enema, bolsas para estomas pediátricas, entre otros,

A una inquietud de la directora Solera Picado, la Ing. Garro indica que esos medicamentos tienen la ficha homologada. Se realizó un análisis económico del medicamento y cuesta alrededor de veintiún millones de colones.

Señala la licenciada Solera Picado que no solo le preocupa los medicamentos, sino aquellos códigos que están catalogados de tránsito e, incluso, han sido objeto de algunos informes de Auditoría, que analizan que no se aplica la economía de escala. Por ejemplo, se enteró que algunas unidades señalan que la Institución está comprando a un precio más elevado algunos códigos que antes compraban porque se les había dado competencias. Le parece importante que se valore porque es importante la transparencia de las compras por medio de los sistemas mencionados, pero también es importante la economía de escala.

Sobre el particular, señala la Ing. Garro que se tienen datos económicos y luego se realiza la licitación, por ejemplo, no solo como se venden en Panamá, sino en otros países del Continente. Además, se definieron insumos de alto consumo y de alto costo que pertenecen a la Cadena de frío, son de alto consumo y mucho espacio de almacenamiento, como es el caso del suero. Por ejemplo, en los guantes las especificaciones eran según características y especificaciones, entonces la compra se realizaba por solo un tipo de guantes. En este momento el Área de la Dirección Técnica le asignó un código a cada uno de ellos, y con ello, conocer qué se está comprando. Además, se están analizando las capacidades de almacenamiento de la red con

algunos miembros de la Junta Directiva, se han visitado algunos hospitales y se tiene definidas algunas variables. Se elaboró un cronograma de visitas para los hospitales que faltan de visitar. Se tiene la capacidad instalada en algunos Hospitales como el Tony Facio de Limón, el Max Peralta, entre otros.

Recuerda la Directora Solera Picado que en algún momento lo indicó y lo recalca, es la importancia de analizar y estudiar la capacidad instalada de las Áreas de Bienes y Servicios de los niveles locales, porque no se puede tener una respuesta positiva si ellos no han cumplido los requerimientos en planta física y equipo; es una condición porque existe un manual y un reglamento aprobado. Por otro lado, le parece importante que se realice un análisis del nivel local con el fin de que se fortalezcan las Clínicas Tipo tres que se han denominado metropolitanas o periféricas, para que se brinden los servicios de salud con excelencia y en los informes que se presentan se incluyen solo los Hospitales. Ve la conveniencia de que se incluyan dentro del plan las Clínicas de esa naturaleza porque tienen que tener un poder resolutivo, tanto en la parte de atención integral a las personas como la administrativa.

Interviene el Director Salas Carrillo y señala que el plan integral debe ir alineado con el modelo de cadena de abastecimiento que se está estudiando para la Institución. Además, considera que se debe establecer un plazo para que se dé el seguimiento y se establezca cuándo se va a evaluar el sistema.

El Director Loría Chaves manifiesta su preocupación porque el modelo de logística tiene que ir acompañado del modelo de compras institucional. Le parece que se tendría que analizar el modelo de compras y estandarizarlo a nivel nacional. Considera que se tiene que establecer una unidad de precios para que el Nivel Central cuente con información a mano de los lugares donde se pueden comprar medicamentos u otros. Por ejemplo, en qué condiciones se pueden realizar las compras, el precio y condiciones, entre otros aspectos que permitan la comparabilidad entre precios con otros lugares de compra. Por ejemplo, se reúne una Comisión para comprar; se compra lo que al médico le gusta y no se toma la decisión de acuerdo con la conveniencia institucional. Es un tema fundamental porque, eventualmente, podría traer ahorros a la Institución.

A una inquietud, indica el Ing. González con relación a las modalidades de contratación, que en el caso del convenio marco, si bien es cierto se van a homologar las especificaciones técnicas, se está en un proceso de negociación. De manera que cada unidad que va a comprar aunque es con su presupuesto, va a pagar. Por ejemplo, existe una modalidad según demanda, donde se pueden conjuntar los productos según demanda y se adjudica por precio unitario. Entonces, no importa las unidades, ni la cantidad que se vaya a comprar, lo que interesa es el precio unitario; por lo que no existe esa variación y el concepto que se tiene. A manera de ilustración, la compra de los guantes se compraba de forma aislada, con un código genérico; ahora, cada código tiene una especificación y el guante tiene otra razón de ser. Además, para realizar compras electrónicas no se pueden emplear códigos genéricos, porque se tiene que homologar con la normalización nacional.

A una inquietud, señala la licenciada Vargas que se ha estado explorando con el Ministerio de Hacienda la posibilidad de que se establezca por Compra Red la razonabilidad de los precios previamente dentro del cartel y poder definir rangos, o por lo menos mínimos superiores de precios que le permite a la Institución identificar el lugar para la compra de un bien. De alguna

manera, se está haciendo alusión a la posibilidad y a una disposición institucional para pagar por un bien hasta cierto precio.

Por consiguiente,

ACUERDO SEGUNDO: teniendo a la vista el oficio número GL-7.524-12 de fecha 04 de junio del año 2012, que firma la señora Gerente de Logística, analizado el informe de seguimiento presentado por parte de la Gerencia de Logística respecto del Plan Integral de Fortalecimiento de la Cadena de Abastecimiento, la Junta Directiva –por mayoría por cuanto vota en forma negativa el Director Gutiérrez Jiménez- **ACUERDA** dar por conocido el informe trimestral e instruir a dicha Gerencia en un plazo no mayor a los tres meses presente el avance en las acciones logradas.

Asimismo, se incluyen como instrucciones particulares para este acuerdo los siguientes puntos contemplados en el informe G.L-7524 del 4 de junio del año 2012. En consecuencia, se **ACUERDA** instruir a los hospitales concentrados y desconcentrados, áreas de salud y demás unidades autorizadas para realizar actividad contractual, en el sentido de que las siguientes disposiciones, así como cualquier otra que al efecto defina la Gerencia de Logística son de acatamiento obligatorio:

- 1) La implementación y desarrollo del Plan Integral de Fortalecimiento de la Cadena de Abastecimiento liderado por la Gerencia de Logística, en coordinación con las Gerencias Médica y de Infraestructura y Tecnologías, para la consolidación, normalización y homologación de los insumos de uso común, en concordancia con las modalidades de contratación establecidas por la normativa que regula la materia, entre las que destaca el convenio marco, entregas según demanda y consignación, entre otros.
- 2) La instalación e implementación del Sistema de Gestión de Suministros, según el programa de trabajo presentado por la Gerencia de Logística, para lo cual es indispensable que las Gerencias, directores generales y administrativos formen parte de este proceso e instruyan a todos los funcionarios correspondientes de cada centro de salud a participar activamente en él.
- 3) Es fundamental que los Centros de Gestión Informática y las Áreas de Gestión de Bienes y Servicios de toda la Institución participen activamente en este proceso, con el fin de agilizar su implementación.

Sometida a votación la propuesta para que lo resuelto se adopte en firme es acogida por todos los señores Directores, excepto por el Director Gutiérrez Jiménez que vota negativamente. Por lo tanto, el acuerdo se adopta en firme.

La ingeniera Garro Herrera y el equipo de trabajo que la acompaña se retiran del salón de sesiones.

Ingresan al salón de sesiones los licenciados Gustavo Picado Chacón, Gerente Financiero, Miguel Cordero García, Director de Coberturas Especiales, y Róger Solórzano, funcionario de la Gerencia Financiera.

Los Directores Marín Carvajal y Gutiérrez Jiménez se retiran del salón de sesiones.

III) Gerencia Financiera: oficio N° 28.746 de fecha 8 de junio del año 2012, firmado por el Gerente Financiero: informe ejecutivo final recomendaciones R13a y R13b en atención al Informe Equipo de Especialistas.

El Gerente Financiero procede a realizar la respectiva presentación, en cuanto al tema de referencia, para lo cual se apoya en las siguientes láminas:

I. Atención del Acuerdo tomado en el Artículo 10º, Sesión 8545 de Junta Directiva (Recomendación R13a y R13b) del Informe del Equipo de Especialistas).

I.2. RECOMENDACIONES R13a y R13b.

“R.13a. (Martínez y Sauma)

A más tardar en seis meses se debe realizar una evaluación externa de la base de datos de asegurados por cuenta del Estado y de los procedimientos seguidos por la Dirección de Coberturas Especiales y las Unidades de Validación de Derechos para identificar de forma confiable a esos asegurados, en aras de garantizar la eficiencia y efectividad del sistema de validación de derechos. A más tardar a finales del 2012 la base de datos y el sistema deben estar operando de forma óptima.

“R.13b. (Carrillo y Naranjo)

“El IMAS debe ser la institución responsable de crear la base de datos de la población indigente que será asegurada por cuenta del Estado”.

I.3. Acuerdo Consejo de Gobierno integra Equipo de Trabajo -sin avances a la fecha-.

En Sesión del 11 de octubre de 2011, el Consejo de Gobierno conoció las recomendaciones y acordó:

“Recomendación (R13b) del informe. Un equipo conformado por el Ministerio de Bienestar Social, Trabajo y Hacienda, coordinado por la Ministra de Salud, presentará una propuesta de base de datos sobre la población indigente asegurada por el Estado. La propuesta deberá estar lista para el mes de octubre.”

I.4. Disposiciones de contención del gasto limitaban la contratación de consultorías.

Artículo 25 Sesión 8505 del 28 de abril del 2011:

ASPECTOS RELEVANTES DE LAS DISPOSICIONES PARA LA CONTENCIÓN DEL GASTO

Disposiciones Generales:

Gastos de Operación (Servicios No Personales y Materiales y Suministros).

- Consultorías: se realizarán aquellas Consultorías que se encuentren adjudicadas, estén relacionadas a situaciones de emergencia y obras en proceso.

I.5. Acuerdos Junta Directiva

- *La Junta Directiva en el Artículo 10 de la sesión 8545 del 17 de noviembre del 2011, instruye a la Gerencia Financiera para que funja como contraparte institucional en coordinación con el IMAS, FODESAF, Dirección de Migración y Extranjería, y el Ministerio de Trabajo, en lo correspondiente a la creación y gestión de la base de datos de los asegurados por cuenta del estado. Además, dicha Gerencia a través de la Dirección de Coberturas Especiales y en coordinación con la Gerencia Médica, deben establecer una propuesta de fortalecimiento de los controles internos referentes a las unidades de Validación de Derechos en todos los centros de salud del país....”.*

I.6. Dependencias claves en el proceso de fortalecimiento del Control Interno.

- Gerencia Financiera.
- Dir. Coberturas Especiales.
- Gerencia de Infraestructura y Tecnologías.
- Gerencia de Pensiones.
- Gerencia Médica.

I.6.1. Avances en el Fortalecimiento del Control Interno.

- **NORMAS Y PROCEDIMIENTOS.**
- Se encuentra en proceso de elaboración el *Manual Seguro por el Estado*, al cual se le están realizando los ajustes pertinentes conforme con las observaciones brindadas por la Auditoría Interna.
- **CAPACITACION.**
- *Se han impartido 10 talleres a nivel nacional con una participación de 185 funcionarios, en los que se ha brindado capacitación en materia de Seguro por el Estado, Protecciones con cargo al Estado, Registro de datos en el SIAC, módulo Seguro por el Estado y técnicas de entrevista.*
- **SISTEMAS Y TECNOLOGIAS DE INFORMACION.**
 - *Proceso de Depuración de la base de datos.*
 - *Evaluación periódica y sistemática de la base de dato.*

I.6.2. UNIDADES VALIDACION Y FACTURACION DE SERVICIOS MEDICOS

- *Plan piloto para fortalecer las Unidades de Validación y Facturación en Hospitales Calderón Guardia, San Juan de Dios, San Rafael Alajuela, La Anexión, Escalante Pradilla y Máx Peralta. **Inicia el 01 julio de 2012 por 6 meses.***

I.6.3. Estabilidad en la información sobre el número de Asegurados por el Estado, enero-marzo 2012.

I.6.4. Acciones Propuestas para mejorar Control Interno.

Mejorar la herramienta informática.

- *Reduce margen de error.*
- *Agiliza el registro contable.*
- *Confiabilidad de datos.*
- *Genera información oportuna.*

Ampliar el acceso a sistemas de información internos.

- *SICERE, Pensiones, Ficha Familiar.*
- *Mayores insumos.*
- *Mejora toma decisiones.*
- *Minimiza error.*

Revisión y actualización de procedimientos.

- *Estandariza el proceso.*
- *Mejor servicio al usuario.*
- *Mejora la calificación del usuario.*
- *Simplifica trámites.*

Proceso de Capacitación continúa.

- *Mejora destrezas y habilidades.*
- *Eleva el rendimiento.*
- *Genera conductas positivas.*
- *Actualización del colaborador.*

I.6.5. Calendario de actividades Mejorar Control Interno (Cuadro).

I.6.5.1. Conclusiones.

- *La Institución ha venido realizando esfuerzos sistemáticos para la atención integral del tema de los Asegurados por el Estado.*
- *La Dirección de Coberturas Especiales y el Área de Coberturas del Estado, están desarrollando acciones concretas para resolver las debilidades existentes y fortalecer el control interno en la materia.*
- *Se espera que la Institución disponga en el corto plazo de una herramienta informática como apoyo al proceso de consolidación y depuración de la base de datos.*
- *La implementación de tales acciones incrementará la confiabilidad y oportunidad de la información para facturar al Estado las sumas correspondientes.*
- *Asimismo con las acciones que se están realizando, se prevé una simplificación de trámites y por ende una mejor atención al usuario.*

Refiere el Gerente Financiero que la presentación se relaciona con un informe ejecutivo final en atención del acuerdo-recomendación R13 indicado en el artículo 10° de la sesión 8545 de la Junta Directiva (Informe del Equipo de Especialistas) realizado por el Director de la Dirección de Coberturas Especiales, en respuesta al informe rendido por el grupo de expertos de la Organización Panamericana de la Salud denominado “Informe de Cooperación Técnica de la

Organización Panamericana de la Salud (OPS) a la Caja, sobre la “situación financiera del Seguro de Salud”. La Junta Directiva promovió el apoyo de un grupo de profesionales versados en diversas disciplinas, con el objetivo de realizar los análisis del caso en torno a la problemática financiera y de gestión de dicho Seguro, y rendir un informe con las recomendaciones correspondientes. Respecto de las recomendaciones números 13a. y 13b. Del informe del Equipo de Especialistas, la Junta Directiva instruye a la Gerencia Financiera para que funja como contraparte institucional en coordinación con el IMAS (Instituto Mixto de Ayuda Social), FODESAF (Fondo de Desarrollo Social y Asignaciones Familiares), Dirección General de Migración y Extranjería, así como con el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, en lo correspondiente a la creación y gestión de la base de datos de los asegurados por cuenta del Estado. Además, dicha Gerencia por medio de la Dirección de Coberturas Especiales y en coordinación con la Gerencia Médica, deben establecer una propuesta de fortalecimiento de los controles internos referente a las Unidades de Validación de Derechos en todos los centros de salud del país. En un plazo de 3 (tres) meses la Gerencia Financiera debe presentar un informe a la Junta Directiva sobre las acciones realizadas y los correspondientes cronogramas de trabajo. Respecto de la contratación externa se podría interpretar como validar la calidad, la confiabilidad y consistencia de los datos y ese acuerdo parece ser que proyecta la recomendación N° 13a y 13b hacia esos objetivos. Recuerda que en aquel momento, la Institución estaba implementando medidas para la contención del gasto. Por otro lado, dicha Gerencia a través la Dirección de Coberturas Especiales y en coordinación con la Gerencia Médica deben elaborar una propuesta de fortalecimiento de los controles internos. Se realizó un trabajo conjunto entre las Gerencias Médica, de Infraestructura y Tecnologías y la Financiera por medio de la Unidad de Coberturas Especiales y se desarrollan una serie de aspectos con base en el control externo. Además, se tiene en proceso el Manual del Seguro por el Estado que estandariza y normaliza el proceso de la Institución y una serie de elementos que por el momento no se tienen. Se han impartido diez talleres para un total de 125 funcionarios capacitados en SIAC. En cuanto a la base datos y su proceso de depuración, se busca que los registros no estén repetidas, y que no haya personas que no estén contribuyendo por otras modalidades porque tienen un seguro directo. Adicional, indica que el 01 de julio del 2012, por seis meses dará inicio un plan piloto para fortalecer las Unidades de Validación de Derechos y Facturación, en principio para seis Hospitales, el Calderón Guardia, San Juan de Dios, San Rafael Alajuela, La Anexión, Escalante Pradilla y Max Peralta, inicia el 01 julio de 2012 por 6 meses. De manera que a partir del 1 de julio de este año se iniciará el programa para que esas unidades laboren en otros horarios. En cuanto a la depuración de la base de datos, se han analizado los meses de enero a marzo y se tiene la información de los últimos meses, en el sentido de que en la modalidad de Asegurados por el Estado está en alrededor de doscientos ochenta mil personas. En cuanto a las propuestas para mejorar el control interno; se encuentra en proceso de elaboración el Manual del Seguro por el Estado, al cual se le están realizando los ajustes pertinentes conforme con las observaciones brindadas por la Auditoría Interna. Se han impartido 10 talleres a nivel nacional con una participación de ciento ochenta y cinco funcionarios, en los que se ha brindado capacitación en materia de Seguro por el Estado, protecciones con cargo al Estado, Registro de datos en el SIAC, módulo del Seguro por el Estado y técnicas de entrevista.

Respecto de las Unidades de Validación y Facturación, recuerda el Director Salas Carrillo que en la sesión anterior, la Junta Directiva tomó un acuerdo relacionado con la Gerencia de Infraestructura y Tecnología para que se diera prioridad a la coordinación con el Registro Civil por medio de RACSA, para que las Unidades de la Institución tengan acceso a la base de datos

del Registro y se logre determinar si la persona a la que se le está brindando el servicio de salud corresponde.

Sobre el particular, señala el Gerente Financiero que el Plan se había presentado para análisis en el Consejo de Gerencia y Presidencia. Además, se presentará a la Junta Directiva como un proyecto separado.

A propósito de una inquietud del Director Marín Carvajal, indica la señora Presidenta Ejecutiva que de acuerdo con la demanda que se tiene, al Hospital México no asiste un número de personas que no cuenten con los permisos migratorios.

El licenciado Picado lee la propuesta de los acuerdos.

Recuerda la Directora Solera Picado que esta Junta Directiva aprobó el Manual de organización de las áreas financieras de los Hospitales. En cuanto a la función de la Unidad de Validación de Derechos se está proponiendo que se estudie el perfil. Le parece importante que se retome la propuesta, por cuanto se estaría cambiando con respecto de lo que es la Unidad de Coberturas Especiales, donde la validación de derechos tiene que ser un tema protagonista. Ve la conveniencia de que la Dirección de Desarrollo Organizacional revise el tema que en aquel momento se aprobó. Además, en esa oportunidad el Director Loría Chaves señaló que se estudiara la posibilidad de que la Unidad de Validación de Derechos sea parte de las Sucursales porque tienen un expertiz en el tema de recaudación.

El Director Loría Chaves manifiesta su preocupación porque el tema de validación de derechos se trasladó a Servicios Médicos y las Unidades de Validación de Derechos no son registros médicos, sino una Unidad que debe cumplir una función financiera y los funcionarios sean trasladados a esa Gerencia. Reitera su preocupación porque significa que el Hospital está recaudando dinero y al final esas facturas se remiten a la Sucursal para que se realice el cobro.

Sobre el particular señala el licenciado Picado que se podría revisar el trabajo de las Sucursales.

Señala la Dra. Balmaceda Arias que recomendaría que el tema se analice y se presente después, como una posibilidad de que la Unidad de Validación sea parte de la Sucursal.

Ante una inquietud, el licenciado Picado señala que toda persona que desee acceder a un programa de beneficios para pobres, debe realizar su verificación de cumplimiento de requisitos por medio del IMAS y se asegure como una persona en condiciones de pobreza.

La Dra. Balmaceda Arias manifiesta su preocupación porque desconoce la capacidad resolutoria que tiene el IMAS para gestionar una base de datos de las personas aseguradas por el Estado, porque tiene muy poco personal.

A propósito de una inquietud del señor Loría Chaves, el Gerente Financiero señala que el Departamento de Trabajo Social del IMAS por medio de los Trabajadores Sociales, realiza un trabajo importante, porque van determinando núcleos familiares que están en condición de pobreza. Sin embargo, la recomendación 13b de la Comisión de los Notables se relaciona con que el IMAS no tiene la capacidad de gestionar la base de datos.

El licenciado Cordero señala que la recomendación 13b, es en el sentido de que la base de datos se traslade al IMAS. Lo que se está planteando es que se analice con ellos y que contesten en términos de que no se pueden hacer cargo de la base de datos. Sin embargo, han manifestado que se traslade la base de datos al IMAS y que la Caja le de mantenimiento, porque no tienen capacidad de administrarla.

Por lo tanto,

ACUERDO TERCERO: teniendo a la vista el oficio N° 28.746 de fecha 8 de junio del año 2012, analizado el informe técnico presentado, por parte de la Gerencia Financiera, respecto de las recomendaciones números 13a y 13b del Informe del Equipo de Especialistas, esta Junta Directiva reafirma la posición de que este tema ha venido siendo atendido por la Institución previo a la emisión del informe. Por tanto, -en forma unánime- **ACUERDA:**

1) Fortalecimiento del Control Interno en las Unidades de Validación y Facturación de Servicios Médicos:

- a) Instruir a la Gerencia Financiera, a través de la Dirección de Coberturas Especiales, para que continúe con el proceso de depuración y mejora de los registros de la base de datos del Seguro por el Estado. Asimismo, en coordinación con la Gerencia Médica promover las mejoras pertinentes en los procedimientos e implementar un plan de capacitación que permita el desarrollo de las destrezas y conocimientos de los funcionarios de las unidades indicadas.
- b) Instruir a la Gerencia de Infraestructura y Tecnologías, a través de la Dirección de Tecnologías de Información y Comunicaciones, en coordinación con la Dirección de Coberturas Especiales, para implementar las mejoras tecnológicas necesarias, con el fin de que a más tardar en junio del año 2013, el Módulo de Seguro por Cuenta del Estado, perteneciente del Sistema Integrado de Agendas y Citas (SIAC), cumpla con altos estándares de funcionalidad, eficiencia, integralidad, consistencia, confiabilidad y seguridad.
- c) Instruir a la Dirección de Administración y Gestión de Personal para que, en un plazo no mayor a dos meses, finalice el estudio de los perfiles de puestos y cargas de trabajo en las Unidades de Validación y Facturación de Servicios Médicos, como complemento al “*Modelo Funcional y Organizacional del Área Financiero Contable en los Establecimientos de Salud*”, aprobado por esta Junta Directiva en la sesión N° 8484, artículo 45ª del 9 de diciembre del año 2010.

2) Actualización de costos de las coberturas del Estado y Traslado de la base de datos al Instituto Mixto de Ayuda Social (IMAS):

- a) Instruir a la Gerencia Financiera para que, en conjunto con la Dirección Actuarial, se realice un estudio de actualización de costos en la base contributiva que se aplica a los Asegurados por Cuenta del Estado, con el fin de realizar los ajustes pertinentes y lograr una mayor equidad entre los costos de las coberturas otorgadas y los montos facturados.

- b) Instruir a la Gerencia Financiera para que, a través de la Dirección de Coberturas Especiales, y en estrecha coordinación con la Dirección Actuarial y Dirección Jurídica, valoren la viabilidad técnica y financiera de trasladar la administración de la Base de Datos de Asegurados por el Estado al Instituto Mixto de Ayuda Social.

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

ARTICULO 2º

Por unanimidad y mediante resolución firme, se acuerda celebrar una sesión extraordinaria el 18 de junio en curso, a la 1 p.m., con el propósito de continuar con el conocimiento de los informes de avance del Grupo de especialistas.

A las diecisiete horas con treinta minutos se levanta la sesión.