



ASS-116-2019
30-09-2019

RESUMEN EJECUTIVO

El estudio se realizó de conformidad con el Plan Anual Operativo 2019, del Área de Salud de Servicios de Salud, con el propósito de evaluar las acciones de la Gerencia Médica para el fortalecimiento de la Cirugía Ambulatoria a nivel Institucional.

El estudio evidenció la necesidad de mejorar la gestión estratégica por parte de la Gerencia Médica, para fortalecer los procedimientos y los índices de la Cirugía Mayor Ambulatoria en los Establecimientos de Salud, así mismo, se constató que las acciones desarrolladas para la implementación total del Plan para el Fortalecimiento Institucional de esta modalidad quirúrgica no han sido suficientes, de manera que se garantice de una forma eficiente y eficaz la utilización de la modalidad de atención.

Referente a la Planificación Estratégica por parte de la Gerencia Médica para el fortalecimiento de la Cirugía Ambulatoria, se evidenció que las estrategias no han tenido el impacto esperado, debido a que esa Gerencia no logró cumplir con lo propuesto en la modalidad quirúrgica en el Plan Táctico Operativa 2015-2018 y el Plan del Reforzamiento de la Oferta de Servicios de Salud del I y II Nivel de Atención.

Del total de la lista de espera quirúrgica a nivel nacional, un 70% podría realizarse mediante la ambulatorización, no obstante, los plazos para este tipo de resolución son prolongados.

En concordancia con lo anterior, los resultados del análisis realizado por este Órgano Fiscalizador determinaron que la Institución dispone de una Lista de Procedimientos de Cirugía Mayor Ambulatoria desactualizada, debido a que su última revisión fue realizada y aprobada por la Gerencia Médica hace más de 12 años.

Por otro lado, se constató que la Gerencia Médica no ha dotado a los Centros de Salud de una metodología o guía estandarizada para el desarrollo y/o implementación de esta modalidad, la cual contenga aspectos básicos como marco normativo, estructura organizativa, programación de cirugías, mecanismos de control, entre otros aspectos.

En virtud de lo antes expuesto, se han externado recomendaciones a la Gerencia Médica, a fin de establecer las acciones correspondientes para subsanar las debilidades señaladas en el presente informe.



ÁREA SERVICIOS DE SALUD

ESTUDIO DE CARÁCTER ESPECIAL SOBRE CIRUGÍA AMBULATORIA A NIVEL INSTITUCIONAL GERENCIA MÉDICA U.P. 2901

ORIGEN DEL ESTUDIO

El estudio se realiza de conformidad con el Plan Anual de Trabajo 2019 del Área de Servicios de Salud, en el apartado de estudios de carácter especial.

OBJETIVO GENERAL

Evaluar la gestión de la Gerencia Médica en el establecimiento de programas de Cirugía Ambulatoria a Nivel Institucional.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Evaluar la razonabilidad de las estrategias y lineamientos Institucionales para el abordaje de la cirugía ambulatoria.
- Verificar el comportamiento de las Listas de espera quirúrgica, en particular el beneficio de la implementación de esta modalidad quirúrgica para la reducción de plazos de espera.
- Determinar la existencia de mecanismos de control y monitoreo para el seguimiento de los procesos ambulatorios a nivel institucional.
- Analizar el proceso de planificación y programación de las cirugías ambulatorias en los Hospitales y Áreas de Salud.

ALCANCE Y NATURALEZA

La evaluación comprende la revisión de las acciones Institucionales para el establecimiento de la Cirugía Ambulatoria a Nivel Institucional durante el periodo comprendido entre el año 2018 y 2019. Para lo anterior, se efectuaron reuniones con la Comisión de Cirugía Mayor Ambulatoria, así como los encargados de los temas de cirugía ambulatoria en 8 Hospitales y 2 Áreas de Salud.

La evaluación se efectuó entre el 23 de abril 2019 y 11 de julio 2019.

El estudio se efectuó en concordancia con las disposiciones establecidas en las Normas Generales de Auditoría para el Sector Público, R-DC-064-2014, divulgadas a través de la Resolución R-DC-064-2014 de la Contraloría General de la República, publicadas en La Gaceta 184 del 25 de setiembre 2014, vigentes a partir del 1º de enero 2015.



METODOLOGÍA

Con el propósito de alcanzar los objetivos propuestos, se desarrollaron los siguientes procedimientos metodológicos:

- Revisión y análisis de los siguientes documentos:
 - ✓ Plan Estratégico Institucional 2015-2018 y 2019-2022.
 - ✓ Plan Táctico Gerencia Médica 2015-2018.
 - ✓ Plan para la Atención Oportuna de las Personas.
 - ✓ Plan de Reforzamiento de la Oferta de Servicios de Salud del I y II Nivel de Atención.
 - ✓ Plan para el Fortalecimiento Institucional de la Cirugía Ambulatoria, año 2015.
 - ✓ Guía de ingreso, resolución y depuración de listas de espera para procedimientos médicos y quirúrgicos.
 - ✓ Lista de procedimientos de Cirugía Mayor Ambulatoria, año 2006.

- Entrevistas, cédulas narrativas y solicitud de información a los siguientes funcionarios:
 - ✓ Dr. Genier Gerardo Zúñiga Ortega, Coordinador de Cirugía Ambulatoria del Hospital Nacional de Niños y de la Comisión Institucional de Cirugía Ambulatoria.
 - ✓ Dra. Olga Arguedas Arguedas, Directora General, Hospital Nacional de Niños.
 - ✓ Dra. Marny Ramos Rivas, Coordinadora General de la Unidad Técnica de Listas de Espera.
 - ✓ Dr. Manuel León Alvarado, Director, Programa por Resultados para el Fortalecimiento del Seguro Universal de Salud de Costa Rica CCSS – Banco Mundial.
 - ✓ Lic. Julio Cascante Araya, Jefe de Gestión Administrativa y Logística, Dirección Desarrollo de Servicios de Salud.
 - ✓ Dr. Fernando Avendaño Alvarado, Jefe Sección de Cirugía del Hospital San Juan de Dios
 - ✓ Dra. Karla Masís Blanco, Coordinadora del Programa de Cirugía Mayor Ambulatoria del Hospital San Juan de Dios.
 - ✓ Dr. Rodrigo Bartels Rodríguez, Coordinador de la Unidad de Control de Gestión, Hospital San Juan de Dios.
 - ✓ Dra. Diana Patricia Salas Corrales, Gestora de Salas de Operaciones, Hospital San Juan de Dios.
 - ✓ Dr. Rodrigo Chamorro Castro, Jefe Sección de Cirugía General, Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia.
 - ✓ Dra. Natalia Carranza González, Médica Administrativa de la Jefatura de Cirugía General, Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia.
 - ✓ Dra. Elke Sehezar Cuadra, Enfermera Encargada del Programa de Cirugía Ambulatoria del Servicio de Cirugía General, Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia.
 - ✓ Dra. Falonne Rojas Mora, Médico Administrativo del Servicio de Urología, Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia.
 - ✓ Dr. Víctor Manuel Lacayo Trujillo, Coordinador del Centro de Registro y Programación, Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia.
 - ✓ Licda. Julia Vindas Barrantes, Enfermera del Programa de Ortopedia, Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia.
 - ✓ Dr. Francisco Pérez Gutiérrez, Director General, Hospital San Rafael de Alajuela.



- ✓ Dra. Natalia Cambronero Vega, Asistente de Dirección General, Hospital San Rafael de Alajuela.
- ✓ Dra. Joselyn Bogantes Gómez, Médico General, Hospital San Rafael de Alajuela.
- ✓ Dra. Marcela Leandro Ulloa, Asistente de Dirección General, Hospital San Rafael de Alajuela.
- ✓ Licda. Marianella Solís Araya, Encargada de la Programación de Cirugías Ambulatorias, Hospital San Rafael de Alajuela.
- ✓ Dra. Mónica Suárez Álvarez, Coordinadora del Programa de Cirugía Mayor Ambulatoria, Hospital San Vicente de Paúl.
- ✓ Dra. María José Solano Fallas, Asistente de Dirección General, Hospital William Allen Taylor.
- ✓ Dr. Diego Brenes Porras, Médico General de Listas de Esperas, Hospital William Allen Taylor.
- ✓ Dr. Jonathan Sosa Céspedes, Director General, Hospital Dr. Carlos Luis Valverde Vega.
- ✓ Dr. Juan José Solís Vargas, Asistente de Dirección General, Hospital Dr. Carlos Luis Valverde Vega.
- ✓ Dra. Karen Rodríguez Segura, Jefe de Cirugía a.i, Hospital Dr. Carlos Luis Valverde Vega.
- ✓ Dr. Pedro González Morera, Director Médico, Área de Salud Desamparados 1.
- ✓ Dr. Luis Saborío Díaz, Coordinador del Módulo Quirúrgico, Área de Salud Desamparados 1.
- ✓ Dra. Hilda Oreamuno Ramos, Coordinadora del Programa de Cirugía Ambulatoria, Área de Salud Coronado.

MARCO NORMATIVO

- Ley General de Control Interno N°8292, publicada el 4 de setiembre de 2002.
- Ley 8239 Deberes y Derechos de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud Públicos y Privados.
- Proyecto Reforma Sector Salud, Propuesta de Readecuación del Modelo Atención, 1993.
- Normas de control interno para el Sector Público, Contraloría General de la República, 26 de enero, 2009.
- Normas para la habilitación de servicios de cirugía ambulatoria, Requisitos para la habilitación de servicios de cirugía ambulatoria N° 29947-S.
- Plan Estratégico Institucional 2015-2018 y 2019-2022.
- Plan Táctico Gerencia Médica 2015-2018.
- Plan para la Atención Oportuna de las Personas.
- Plan para el Fortalecimiento Institucional de la Cirugía Ambulatoria, año 2015.
- Plan de Reforzamiento de la Oferta de Servicios de Salud del I y II Nivel de Atención, año 2016.
- Guía de ingreso, resolución y depuración de listas de espera para procedimientos médicos y quirúrgicos, año 2015.
- Lista de procedimientos de Cirugía Mayor Ambulatoria, año 2006.

ASPECTOS NORMATIVOS POR CONSIDERAR

Esta Auditoría, informa y previene al Jerarca y a los titulares subordinados, acerca de los deberes que les corresponden, respecto a lo establecido en el artículo 6 de la Ley General de Control Interno, así como sobre las formalidades y los plazos que deben observarse en razón de lo preceptuado en los numerales 36, 37 y 38 de la Ley 8292 en lo referente al trámite de nuestras evaluaciones; al igual que sobre las posibles responsabilidades que pueden generarse por incurrir en las causales previstas en el artículo 39 del mismo cuerpo normativo, el cual indica en su párrafo primero:



“Artículo 39.- Causales de responsabilidad administrativa. El jerarca y los titulares subordinados incurrirán en responsabilidad administrativa y civil, cuando corresponda, si incumplen injustificadamente los deberes asignados en esta Ley, sin perjuicio de otras causales previstas en el régimen aplicable a la respectiva relación de servicios. (...)”.

ASPECTOS GENERALES

Los procedimientos de Cirugía Ambulatoria a nivel de la Caja Costarricense de Seguro Social (C.C.S.S.) iniciaron aproximadamente en el año 1985, realizándose procedimientos menores sin desarrollar los programas a un nivel de mayor complejidad.

En ese contexto, se evidenció que los Hospitales México, San Juan de Dios y Nacional de Niños disponen de un servicio con normativa, infraestructura, personal y organización administrativa exclusiva de un Programa de Cirugía Ambulatoria (PCMA), lo cual ha generado avances a un mayor nivel de atención quirúrgica.

En el contexto de la **definición de cirugía ambulatoria**, se encuentran la Cirugía Mayor Ambulatoria, Hospital de día o cirugía del mismo día, como sinónimos y aquellos procedimientos quirúrgicos en los que el usuario no supere más de 24 horas en el centro de salud luego del procedimiento. Para tales efectos, a nivel de la C.C.S.S. se considera como ambulatorio al procedimiento con ingreso y egreso en menos de 24 horas. Se incluyen en esta categoría también los procedimientos de diagnóstico que ameriten anestesia general o sedación y algún tiempo de recuperación.

Hasta hace algunos años, la mayoría de los procedimientos quirúrgicos eran realizados con el usuario internado en un centro hospitalario, con la finalidad de proveerle de los cuidados antes, durante y después de la cirugía. Asimismo, la persona usuaria debe permanecer en un área de recuperación con los cuidados de los profesionales de salud responsables del proceso, con el objetivo que estos pacientes no se disgreguen en otros servicios del Centro de Salud.

En cuanto a la accesibilidad a este programa, el usuario es referido por un médico especialista en cirugía, ya que presenta una patología de resolución ambulatoria.

Además, todas las especialidades quirúrgicas de un Centro de Salud podrían estar integradas en un Programa Cirugía Mayor Ambulatoria (PCMA), para lo cual deben ser distribuidas en las salas de operaciones que se destinen para esa modalidad; lo anterior, de acuerdo al horario de cada Centro de Salud y los recursos que disponga.

Ventajas de la implementación de la Cirugía Mayor Ambulatoria en los Centros de Salud:

- Reducción de costos y estancias hospitalarias.
- Reducción directa de las listas de espera.
- Mejora la satisfacción, la eficacia y efectividad de la atención hospitalaria, manteniendo los niveles de satisfacción y seguridad de los pacientes.
- Se mantiene en un alto grado en el sistema de vida del usuario y la familia.
- Atención más individualizada al usuario.



- Disminuye la ansiedad para el usuario y la familia.
- Disminución de costes a la institución o centro.
- Disminución en riesgos de infección al usuario.
- Menor tiempo de recuperación post quirúrgica del usuario.
- Mayor control del personal sobre el usuario.

ESTRATEGIAS INSTITUCIONALES PARA PROMOVER LOS PROGRAMAS DE CIRUGÍA AMBULATORIA

1. Planeación Estratégica

Como parte de su planeación estratégica, la Gerencia Médica ha promovido acciones para posicionar la Cirugía Mayor Ambulatoria como un proceso institucional para disminuir los plazos de espera en cirugía en los Centros de Salud.

Algunas de esas estrategias son las siguientes:

- Plan para la Atención Oportuna de las Personas.
- Del Plan Táctico Operativo de la Gerencia Médica 2015-2018.
- Plan de Reforzamiento de la Oferta de Servicios de Salud en el I y II Nivel de Atención.
- Programa Institucional de Cirugía Ambulatoria.
- Comisión de Cirugía Ambulatoria.

El Plan para la Atención Oportuna de las Personas fomenta el fortalecimiento de la Cirugía Mayor Ambulatoria en los Centros de Salud mediante el desarrollo proyectos / actividades, en el cual se identifican los respectivos responsables con su rol de coordinación, ejecución y de seguimiento; de igual forma dentro del plan se incorporan indicadores como parte del sistema de monitoreo y evaluación.

Esta Auditoría mediante el Informe ASS-222-2018 referente a la Gestión Institucional de la Lista de Espera en Procedimientos no Quirúrgicos, sobre el Plan para la Atención Oportuna de las Personas, evidenció debilidades relacionadas con la formulación, debido a que no se consignan los plazos máximos para que la Administración Activa desarrolle y ejecute los procesos o actividades definidas en la Matriz de Responsabilidades, de igual forma, el Plan no establece los entregables que deben emitirse al finalizarse las tareas. En relación a las acciones plasmadas en dicho Plan, no se obtuvo evidencia que permita constatar el grado de cumplimiento de la definición de protocolos de referencia de procedimientos, capacitación de Médicos en el primer nivel de atención en referencia de procedimientos, optimización de la capacidad instalada de procedimientos y sobre la depuración de Listas de Espera.

2. **Indicador IDP 1 del Programa por Resultados para el Fortalecimiento del Seguro Universal de Salud en Costa Rica (CCSS – Banco Mundial)**

El Gobierno de la República de Costa Rica recibió un préstamo del Banco Mundial en el año 2016, para apoyar la implementación de la agenda estratégica para el fortalecimiento del Seguro de Salud. El denominado PforR es el instrumento utilizado para proporcionar los fondos del préstamo del Banco Mundial a la Caja Costarricense de Seguro Social con fundamento en la implementación progresiva de 7 Indicadores Ligados al Desembolso (ILD) seleccionado y acordados entre ambas partes.



Dentro de los indicadores de desembolso figura el indicador No. IDP 1 “Porcentaje de cirugías mayores de la lista prioritaria, que se realizan en forma ambulatoria de conformidad con normas institucionales”, vinculado con el Hito 1: 43 % de las cirugías de los procedimientos seleccionados se realicen de forma ambulatoria. Para efectos Institucionales está relacionado con 51 procedimientos que se pueden realizar mediante esta modalidad quirúrgica.

De esos 51 procedimientos, el Banco Mundial seleccionó 6, a saber: Varicectomía, hernia, salpingectomías, biopsia ósea, remoción de dispositivos óseo-sintéticos y colecistectomía laparoscópica; lo anterior, con el objetivo de alcanzar un indicador acumulado de un 43% para el año 2018 (ficha técnica) y para el 2021 del 46%.

Es importante resaltar que, a finales del año 2018, se realizó una verificación por parte de la Organización Panamericana de Salud (Entidad verificadora de los indicadores) de algunos indicadores incluyendo el hito de cirugía ambulatoria, obteniendo resultados positivos y superándose la meta. Posteriormente, el informe de la OPS fue aceptado por el Banco Mundial, lo cual generó un desembolso de 30 millones de dólares en el mes de diciembre de 2018, el cual será destinado para el fortalecimiento del Seguro de Salud.

HALLAZGOS

1. SOBRE LA IMPORTANCIA DE FORTALECER EL DIRECCIONAMIENTO ESTRÁTEGICO DE LA CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA A NIVEL INSTITUCIONAL

Se determinó la necesidad de mejorar la gestión de la Gerencia Médica, para fortalecer los procedimientos y los índices de la Cirugía Mayor Ambulatoria a nivel Institucional, de conformidad con lo siguientes aspectos:

1.1 Del Programa Institucional y Comisión de Cirugía Mayor Ambulatoria

Se constató que las estrategias desarrolladas por la Gerencia Médica para la implementación total del Plan para el Fortalecimiento Institucional de la Cirugía Ambulatoria no han sido suficientes, efectivas y eficaces, a pesar de que esa Gerencia estableció formalmente un Programa Institucional desde el año 2015 y una Comisión de Institucional desde el año 2017, para el desarrollo de esta modalidad.

El Plan para el Fortalecimiento Institucional de la Cirugía Ambulatoria (año 2015), define como objetivo general el siguiente:

“Fortalecer a nivel institucional la cirugía ambulatoria como modalidad quirúrgica prioritaria propiciando el uso óptimo y estandarizado de los recursos institucionales, la gestión de los servicios médicos-quirúrgicos y la cama hospitalaria, mediante la implementación de un Plan Institucional de Fortalecimiento de la Cirugía Ambulatoria, con el fin de impactar significativamente la lista de espera y los costos hospitalarios.”

Como objetivos específicos, establece los siguientes:

1. Elaborar un Plan para el fortalecimiento de la cirugía ambulatoria a nivel institucional.
2. Designar un coordinador institucional del programa de cirugía ambulatoria.



3. Oficializar e implementar el Manual de normas y procedimientos del Programa de Cirugía Ambulatoria.
4. Capacitación a los equipos de cirugía ambulatoria.
5. Definir en forma conjunta los parámetros utilizados para el registro y en las herramientas informáticas de cirugía ambulatoria
6. Realizar el diagnóstico de las necesidades de insumos, recursos humanos, equipamiento e infraestructura, para optimizar los recursos de Cirugía Ambulatoria existentes en red.
7. Elaborar un plan institucional para la dotación escalonada a mediano plazo de equipo para cirugía ambulatoria.
8. Elaborar un plan institucional para la adecuación a mediano y largo plazo, del espacio físico en que se realiza la cirugía ambulatoria para un óptimo funcionamiento de la modalidad.
9. Implementar un sistema de recompensas asociadas al desempeño.

Al respecto la Comisión de Cirugía Ambulatoria realizó una propuesta de Plan de Trabajo, en la cual se identifican objetivos, acciones a ejecutar, responsables, fechas, entre otros aspectos. Asimismo, contempla la presentación y aprobación por parte de la Gerencia Médica del Manual Operativo Implementación del Programa de Cirugía Mayor Ambulatoria, el cual guía a los Centros de Salud respecto al desarrollo y la implementación de esta modalidad quirúrgica, estableciendo el siguiente objetivo general:

“Brindar procedimientos quirúrgicos a la persona usuaria según la especialidad quirúrgica, disponiendo de la infraestructura de la institución, de forma eficiente, eficaz y segura permitiendo al usuario ser tratado en forma ambulatoria, sin separarlo de su grupo familiar, ofreciendo educación tanto al usuario como a su acompañante para el periodo pre y post-operatorio por medio de las acciones de promoción, prevención, curación, recuperación y rehabilitación.”

La Comisión mediante oficio No. 15:11-2018-C-CMA, del 12 de noviembre 2018, solicitó una audiencia a la Gerencia Médica para presentar la propuesta mencionada, sin embargo, al cierre de la presente evaluación, la Comisión no había obtenido respuesta, considerando que había emitido dos oficios recordatorios posterior al señalado (oficios No. 16:12-2018 C-CMA y N° 07-05-2019 de fechas 21 de diciembre 2018 y 29 de mayo 2019 respectivamente. El objetivo es presentar para su respectiva aprobación, el Plan de Trabajo y el Manual Operativo Implementación del Programa de Cirugía Mayor Ambulatoria, y los insumos necesarios para contribuir en el direccionamiento de esta modalidad quirúrgica.

Es importante destacar, que la Dra. María Eugenia Villalta Bonilla, en ese entonces Gerente Médico, mediante oficio No. GM-MDD-35127-15, de fecha 25 de agosto 2015, estableció formalmente el Programa Institucional de Cirugía Ambulatoria, con adscripción a la Dirección Desarrollo de Servicios de Salud y bajo coordinación de la Dra. Fanny Molina Cordero, Médico Especialista en Anestesia y Recuperación del Hospital México con dedicación a medio tiempo.

No obstante, lo anterior, este Programa implementó el desarrollo de sus funciones mediante la denominada Comisión de Cirugía Mayor Ambulatoria, situación que prevalece al cierre de la presente evaluación.

La Dra. Villalta Bonilla, en calidad de Gerente Médico, mediante oficio No. GM-GE-25730-2017, del 12 de julio 2017, instruye al Dr. Genier Zúñiga Ortega, Dr. Juan Carlos Morera Guido, Dra. Shirley Ramírez Moya y Dr. Eduardo Cambronero Hernández, funcionarios del Hospital Nacional de Niños, Dirección de Compra de



Servicios de Salud, Coordinación Nacional de Enfermería y Dirección de Red de Servicios de Salud respectivamente, conformarse como Comisión de Cirugía Ambulatoria, designando como Coordinador al Dr. Zúñiga Ortega y manifestando lo siguiente:

“(...) La reactivación es de suma importancia debido al impacto positivo en la salud de las personas, al continuar con la implementación del PLAN PARA EL FORTALECIMIENTO INSTITUCIONAL DE LA CIRUGÍA AMBULATORIA que fue entregado en esta Gerencia en Diciembre 2016. Además, es prioritario considerar que en el marco del Proyecto del Banco Mundial: “Programa por Resultados para el Fortalecimiento del Seguro Universal de Salud en Costa Rica”, se incluye un indicador de pago definido como el aumento de cirugías mayores en entornos ambulatorios y debemos dar cumplimiento a este compromiso.

Se agradece continuar con el esquema de trabajo que se implementó bajo la coordinación de la Dra. Fanny Molina quien se ha acogido a la pensión.”

Las Normas de Control Interno para el Sector Público, capítulo 1, sobre las Normas Generales, en el apartado 1.2 Objetivos del SCI, establecen lo siguiente:

“El SCI de cada organización debe coadyuvar al cumplimiento de los siguientes objetivos:

(...)

c. Garantizar eficiencia y eficacia de las operaciones. El SCI debe coadyuvar a que la organización utilice sus recursos de manera óptima, y a que sus operaciones contribuyan con el logro de los objetivos institucionales”.

Mediante entrevista realizada el día 19 de junio 2019, esta Auditoría consultó a la Dra. Marny Ramos Rivas, Coordinadora General de la Unidad Técnica de Lista, sobre el rol que tiene definido esa Unidad en el tema de Cirugía Ambulatoria a nivel Institucional, expresó lo siguiente:

“El rol básicamente es estratégico, sin embargo, es una labor de coordinación y articulación de muchos actores Institucionales y Nacionales, para atender un tema nacional, que al ser un problema complejo es responsabilidad de todos los actores.”

Sobre los productos que ha emitido a la fecha la Comisión de Cirugía Mayor Ambulatoria, el Dr. Genier Zúñiga Ortega, Coordinador de dicha Comisión, indicó lo siguiente:

*“- Manual Operativo para la Implementación de un Programa de Cirugía Ambulatoria.
- Plan de Trabajo para Fortalecer en el Ámbito Institucional la Cirugía Ambulatoria.
- Taller de Socialización del Manual Operativo.
- Encuesta de Diagnóstico de Condiciones Generales para la Implementación de Programa de Cirugía Ambulatoria.*

Es importante indicar, que tanto el Manual Operativo para la Implementación de un Programa de Cirugía Ambulatoria y el Plan de Trabajo para Fortalecer en el Ámbito Institucional la Cirugía Ambulatoria, fueron remitidos para su presentación y aprobación a la Gerencia Médica mediante oficio No. 15:11-2018-C-CMA (12 de noviembre de 2018) y oficios recordatorios No.



16:12-2018-C-CMA (21 de diciembre 2018) y No. 07-05-2019-C-CMA (29 de mayo 2019); actualmente estamos a la espera que la Gerencia Médica nos brinde un espacio, apruebe estos productos o en su defecto realice las observaciones correspondientes.”

Sobre el estado actual de la implementación del Plan para el Fortalecimiento Institucional de la Cirugía Ambulatoria, el Dr. Zúñiga Ortega, manifestó a esta Auditoría lo siguiente:

“Actualmente estamos a la espera de que la Gerencia Médica avale el Manual Operativo Para La Implementación de un Programa de Cirugía Ambulatoria o en su defecto realice las respectivas observaciones, así como el Plan de Trabajo de la Comisión.

*Relacionado con los **objetivos específicos**, se han cumplido con el número 1 y 2.*

Referente con el objetivo No. 3, ya se realizó el manual operativo, pero está pendiente de aprobación por parte de la Gerencia Médica, asimismo, el objetivo No. 4 está vinculado con el cumplimiento del No. 3 y la aprobación del Plan de Trabajo, el cual contempla visita a los Centros de Salud.

Respecto a los objetivos No. 5 y 9, las líneas de acción para su cumplimiento están contempladas en el Plan de Trabajo pendiente de aprobación por parte de la Gerencia Médica.

El número 6 parcialmente, debido a que se realizó una encuesta en el Taller Socialización del Manual Operativo de Cirugía Ambulatoria a las Unidades de Salud que practican esta modalidad, sin embargo, está pendiente de consolidar toda la información. El objetivo No. 7 y 8 está vinculado al cumplimiento del 6.

*Referente a las **Líneas Estratégicas**, el avance de implementación está sujeta a la aprobación formal por parte de la Gerencia Médica del Manual Operativo. Sobre este punto, es importante señalar que el avance es responsabilidad de cada Nivel Local. (...)*”

En relación con el estado actual y la coordinación del Programa Institucional de Cirugía Ambulatoria, la Dra. Daisy Corrales Díaz, Directora Desarrollo de Servicios de Salud, manifestó en entrevista efectuada por esta Auditoría:

“En ese momento teníamos a la Dra. Fanny Molina Cordero, Anestesióloga, que prestaba colaboración en el Programa de Cirugía Ambulatoria del Área de Atención Integral a las Personas de la Dirección Desarrollo de Servicios de Salud. La asesoría técnica de la Doctora se brindó a través de la conformación de una Comisión de Cirugía Ambulatoria. Esta funcionaria se pensionó y no fue sustituida, quedando la Dirección Desarrollo de Servicios de Salud desvinculada del Programa. La Comisión se reactiva a solicitud de la Gerencia Médica mediante la solicitud de la Asesoría de Gestión Estratégica en el año 2017, con el nombramiento como Coordinador del Dr. Genier Zúñiga Ortega.”



Así mismo, se consultó a la Dra. Corrales Díaz, respecto a las acciones o productos para la conducción estratégica de la Cirugía Ambulatoria a nivel Institucional ha realizado la Dirección Desarrollo de Servicios de Salud, indicando lo siguiente:

“Ninguno. Lo que se ha hecho es validar los documentos de la Comisión.”

Sobre lo que se requiere para fortalecer la Cirugía Ambulatoria a Nivel Institucional, la funcionaria señaló:

“En primer lugar, debe existir una definición Institucional de la existencia del Programa o Instancia encargada de la Cirugía Ambulatoria, lográndose una participación articulada de las Direcciones de la Gerencia Médica, existiendo en los 3 niveles de atención la incorporación de temas de planes presupuesto para el correcto soporte del programa.

(...).”

1.2 De la resolutivez de la Lista de Espera Quirúrgica Nacional mediante Cirugía Mayor Ambulatoria

Se evidenció que, del total de la lista de espera en especialidades médicas quirúrgicas a nivel nacional, un 70 % podría resolverse mediante la modalidad de Cirugía Mayor Ambulatoria, sin embargo, los plazos para una resolución mediante esta modalidad son prolongados.

Lo anterior, según el siguiente detalle:

Cuadro No. 1 Total de Lista de Espera en Especialidades Médicas Quirúrgicas a Junio 2019

Especialidad Médica Quirúrgica	Total de pacientes pendientes de una Cirugía	Promedio de Espera en días	Total pacientes que podrían ser resueltos mediante Cirugía Ambulatoria	Promedio de Espera en días
Cirugía Cardiovascular	239	396	4	278
Cirugía Craneomaxilofacial	124	517	18	148
Cirugía General	25.111	378	17.176	347
Cirugía General Infantil	1.964	205	1.487	219
Cirugía Reconstructiva	979	374	721	350
Cirugía Torácica Pediátrica	9	417	---	---
Cirugía Torácica	547	296	187	260
Ginecología	9.862	243	5.380	235
Neurocirugía	2.901	348	856	387
Obstetricia	916	318	849	322
Oftalmología	26.417	271	24.780	265
Oncología Quirúrgica	573	114	228	92
Ortopedia	28.804	584	18.154	564
Otorrinolaringología	8587	318	6.714	296
Urología	10.112	336	5.239	246
Vascular Periférica	4.146	265	3.468	254
Total general	121.291	376	85.261	345

Fuente: Unidad Técnica de Listas de Espera



Del cuadro anterior se observa que la especialidad que registra el mayor número de pacientes pendientes de una intervención quirúrgica es Ortopedia con un total de 28.804 y con un promedio de espera de 584 días, el 63 % de esos pacientes podrían optar por una resolución quirúrgica de manera ambulatoria para lo cual registran un promedio de 564 días de espera. En segundo lugar, la especialidad de Oftalmología registra un total de 26.417 pacientes pendientes de una intervención quirúrgica, para lo cual deben esperar un promedio 271 días, de dichos pacientes el 94 % puede podría resolverse mediante una intervención ambulatoria, sin embargo, el plazo de espera promedio en días es de 265.

Cuadro # 2 Diagnósticos resueltos mediante cirugía ambulatoria de menor complejidad en Hospitales Nacionales y Especializados durante el 2018 y 2019

Hospital	Especialidad	Diagnóstico	Cantidad de Cirugías Ambulatorias
Centro Nacional de Rehabilitación	Anestesiología	Dolor en articulación	14
		Lumbago no especificado	86
	Cirugía Reconstructiva	Dedo en gatillo	26
	Odontología General	Caries del cemento	1
		Caries dental, no especificada	1
	Odontología General Avanzada	Caries dental, no especificada	285
		Depósitos [acreciones] en los dientes	68
		Otras caries dentales	35
	Ortopedia	Deformidad en varo, no clasificada en otra parte	18
		Dolor en articulación	68
Urología	Esterilización	26	
Total			628
Hospital de las Mujeres Dr. Adolfo Carit Eva	Ginecología	Esterilización	602
Total			602
Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia	Cirugía General	Cálculo de la vesícula biliar sin colecistitis	125
		Hernia umbilical sin obstrucción ni gangrena	181
	Cirugía Reconstructiva	Dedo en gatillo	76
	Ginecología	Esterilización	84
	Oftalmología	Pterigión	39
	Urología	Esterilización	317
Examen de pesquisa especial para tumor de la próstata		573	
Total			1.395
Hospital Dr. Raúl Blanco Cervantes	Cirugía General	Cálculo de la vesícula biliar sin colecistitis	39
		Hernia umbilical sin obstrucción ni gangrena	15
	Oftalmología	Blefarocalasia	8
		Pterigión	42
Urología	Prepucio redundante, fimosis y parafimosis	7	
Total			111
Hospital México	Cirugía General	Cálculo de la vesícula biliar sin colecistitis	133
	Cirugía Reconstructiva	Cicatriz Hipertrófica	4
		Dedo en gatillo	5



	Obstetricia	Esterilización	101
	Oftalmología	Pterigión	123
	Urología	Prepucio redundante, fimosis y parafimosis	13
Total			379
Hospital Nacional de Niños	Odontología General Avanzada	Caries dental, no especificada	2
	Ortopedia	Pie plano [pes planus] (adquirido)	5
	Total		7
Hospital San Juan de Dios	Cirugía General	Cálculo de la vesícula biliar sin colecistitis	1.161
		Hernia umbilical sin obstrucción ni gangrena	395
	Cirugía Reconstructiva	Cicatriz Hipertrófica	46
	Ginecología	Esterilización	638
	Oftalmología	Pterigión	197
	Otorrinolaringología	Hipertrofia de las amígdalas	23
		Otitis media, no especificada	6
	Urología	Esterilización	731
		Prepucio redundante, fimosis y parafimosis	156
	Total		
Total General			6.475

Fuente: Elaboración propia con información suministrada por la UTLE

Como se observa en el cuadro # 2, el 71% de los Establecimientos del III Nivel de Atención realizan cirugías ambulatorias de menor complejidad para resolver diagnósticos de esterilización, como lo son: vasectomías y salpingectomías. Asimismo, en el Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia y el Hospital México registran cirugías ambulatorias de menor complejidad para resolución de diagnósticos como dedo de gatillo, y pterigión.

La Ley 8239 Deberes y Derechos de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud Públicos y Privados indica en el artículo 2 lo siguiente:

“Artículo 2.- Derechos:

Las personas usuarias de los servicios de salud tienen derecho a lo siguiente:

(...)

e) Recibir atención médica con la eficiencia y diligencia debidas.

f) Ser atendidas sin dilación en situaciones de emergencia.

g) Ser atendidas puntualmente de acuerdo con la cita recibida, salvo situaciones justificadas de caso fortuito o fuerza mayor.

h) Negarse a que las examinen o les administren tratamiento, salvo en situaciones excepcionales o de emergencia, previstas en otras leyes, en que prevalezcan la salud pública, el bien común y el derecho de terceros...

(...)”.

La Sala Constitucional de la Corte Suprema de Justicia, mediante Voto 0003-2006 del 6 de enero 2006, indicó los derechos que tienen los usuarios de recibir prestaciones médicas efectivas e inmediatas, de la siguiente manera:



“III.- Derecho fundamental a la salud/ Evidentemente, cualquier retardo de los hospitales, clínicas y demás unidades de atención sanitaria de la Caja Costarricense del Seguro Social puede repercutir negativamente en la preservación de la salud y la vida de sus usuarios, sobre todo cuando éstos sufren de padecimientos o presentan un cuadro clínico que demandan prestaciones positivas y efectivas de forma inmediata. (...) Los órganos y entes públicos que prestan Servicios de salud pública tienen la obligación imperativa e impostergable de adaptarlos a las necesidades particulares y específicas de sus usuarios o pacientes y, sobre todo, de aquellos que demandan una atención médica inmediata y urgente, sin que la carencia de recursos humanos y materiales sean argumentos jurídicamente válidos para eximirlos del cumplimiento de tal obligación”.

Asimismo, esa Sala mediante resolución 3681 de las 17:06 horas del 7 de marzo de 2008, estableció la obligación imperativa e impostergable de adaptar los servicios de salud a las necesidades particulares y específicas de los pacientes “sobre todo, de aquellos que demandan una atención médica inmediata y urgente, sin que la carencia de recursos humanos y materiales sean argumentos jurídicamente válidos para eximirlos del cumplimiento de tal obligación”, y de igual forma agregó:

“Los jefes de las Clínicas y Hospitales no pueden invocar, para justificar una atención deficiente y precaria de los pacientes, el problema de las “listas de espera” para las intervenciones quirúrgicas y aplicación de ciertos exámenes especializados o de la carencia de recursos financieros, humanos y técnicos, puesto que, es un imperativo constitucional que los servicios de salud pública sean prestados de forma eficiente, eficaz, continua, regular y celeridad. Los jefes de la Caja (...) y los Directores de Hospitales y Clínicas que les pertenecen están en el deber y, por consiguiente son los personalmente responsables -en los términos del artículo 199 y siguientes de la Ley General de la Administración Pública-, de adoptar e implementar todas las providencias y medidas administrativas y organizacionales para poner coto definitivo a la prestación tardía -la cual, en ocasiones, deviene en omisión por sus consecuencias- de los servicios de salud, situación que constituye, a todas luces, una violación a los derechos fundamentales de los administrados o usuarios”.

El Proyecto Reforma Sector Salud, en su Propuesta de Readequación del Modelo de Atención, en el punto No. 5.3.3 relacionado con el Tercer Nivel de Atención, señala lo siguiente:

“Corresponde a la prestación de servicios curativos y de rehabilitación de las más alta especialización y complejidad. (...)”

Los establecimientos de salud de este nivel son los hospitales nacionales y especializados.

El Hospital Nacional es el establecimiento de la máxima capacidad resolutoria en la atención médica, (...)

El Hospital Especializado es el establecimiento de la máxima complejidad en la atención médica, que brinda cuidados especializados en su campo de actividad.

(...)”



El Lineamiento Técnico LT.GM.DDSS.300715 Abordaje Institucional de la cirugía ambulatoria (C.A.M), relacionado con los criterios de inclusión en dicha modalidad quirúrgica, indica lo siguiente:

“No todos los pacientes son candidatos a la cirugía ambulatoria, por lo que se precisa una selección cuidadosa de los pacientes y procedimientos basados en criterios médicos y sociales.

Criterios de selección más relevantes son:

1. *Criterios de la ASA.*
2. *Con ASA 2-3, requieren valoración por el especialista.*
3. *Edad: no existe límite, prima la condición general*
4. *Diagnósticos ya pre-establecidos y los procedimientos que por el expertos del cirujano, puedan realizarse bajo esa modalidad. (No incluye cirugía menor)*
5. *El riesgo de hemorragia debe ser mínimo.*
6. *El dolor postoperatorio debe ser controlable por vía oral.”*

Mediante cédula narrativa del 10 de abril 2019, la Dra. Karla Masís Blanco, Coordinadora de Cirugía Mayor Ambulatoria del Hospital San Juan de Dios, indicó lo siguiente:

“(...) considera sumamente importante fortalecer los programas de cirugía ambulatoria a nivel Institucional, debido a que, si funciona para reducir las listas de espera, ahorro económico, no utilización de cama (día de hospitalización cuesta en promedio 750 000 mil colones) y la satisfacción y confort de usuario (buena recuperación).”

El Dr. Rodrigo Bartels Rodríguez, Coordinador de la Unidad de Control de Gestión del Hospital San Juan de Dios, sobre este tema manifestó:

“El problema que se tiene con cirugía ambulatoria, es que hay un contraste entre la lista de espera con lo que el Hospital está operando, al 01 de mayo se tenía 13 705 pacientes en lista de espera de los cuales un 62% es de cirugía ambulatoria, pero cuando nos vamos al otro lado (la realidad) se opera un 62% de cirugía compleja y sólo un 38 % de ambulatoria, esto debido a que el Hospital es de alta complejidad y la cirugía ambulatoria es de baja y mediana complejidad y debe darse en otro nivel.”

Asimismo, sobre los aspectos que deben fortalecerse en Cirugía Ambulatoria, como estrategia para la reducción de los plazos de lista de espera, la Dra. Ramos Rivas señaló los siguientes:

- “- Aumento de la producción quirúrgica tanto en jornada ordinaria y segundos turnos.*
- Gestión de la lista de espera.*
- Gestión de las salas de operaciones y camas de recuperación.*
- Mejor direccionamiento de los recursos y que sean valorados en red.*
- Mejorar el marco normativo, por ejemplo, ampliar el catálogo de cirugías ambulatorias.*
- Asegurar todo el proceso preoperatorio.”*



La causa de la situación evidenciada en el presente hallazgo obedece a que la Gerencia Médica no ha brindado un seguimiento constante a las estrategias implementadas para el desarrollo de la Cirugía Mayor Ambulatoria a nivel Institucional, así como, la falta de acompañamiento, valoración y aprobación de los productos propuestos por la Comisión de Cirugía Mayor Ambulatoria. Asimismo, la Gerencia Médica no ha definido claramente la Instancia técnica responsable de orientar el direccionamiento de esta modalidad quirúrgica en los Centros de Salud, con el objetivo de potencializar la ambulatorización como una estrategia para la disminución de las listas de espera.

Asimismo, esta Auditoría considera que, los plazos de espera prolongados evidenciados a nivel nacional en la modalidad de cirugía ambulatoria, obedecen a un desbalance entre la oferta y demanda de servicios quirúrgicos, asociado a una gestión que no garantiza el uso eficiente de los recursos Institucionales y a la carencia de estrategias costo-efectivas que motiven el fortalecimiento de los diferentes niveles de atención (Hospitales Nacionales, Regionales, Periféricos y Áreas de Salud Tipo 3) mediante la Cirugía Mayor Ambulatoria.

Lo anterior, limita que los Centros de Salud no dispongan de un direccionamiento estratégico definido para la gestión y operacionalización de la Cirugía Mayor Ambulatoria por parte de la Gerencia Médica, la cual al tener un rol determinante en la prestación de los servicios de salud, debe emitir liderazgo y la adecuada conducción estratégica de esta modalidad quirúrgica orientada a la reducción de los plazos prolongados de las de listas de espera, satisfacción de los pacientes y la reducción de costos quirúrgicos en la Institución.

Por otro lado, la demora en la resolución de patologías quirúrgicas representa riesgos para la salud y calidad de vida de los asegurados, debido que no han obtenido una respuesta oportuna a sus necesidades, generando constantes demandas judiciales y recursos amparo, lo cual ocasiona que la Institución incurra en costos adicionales para la prestación de los servicios de salud.

2. SOBRE LA PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA POR PARTE DE LA GERENCIA MÉDICA PARA EL FORTALECIMIENTO DE LA CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA A NIVEL INSTITUCIONAL

Se evidenció que las estrategias planificadas para el fortalecimiento de la cirugía mayor ambulatoria a nivel Institucional no han tenido el impacto esperado, debido a que las mismas no se han desarrollado de manera efectiva y eficaz; lo anterior, mediante la revisión del Plan Táctico de la Gerencia Médica 2015 – 2018 y el Plan del Reforzamiento de la Oferta de Servicios de Salud del I y II Nivel de Atención.

A continuación, se detallan los siguientes aspectos:

2.1 Del Plan Táctico Operativo de la Gerencia Médica 2015-2018

Se verificó que la Gerencia Médica no cumplió con el indicador # 28 de su Plan Táctico Operativo 2015-2018, correspondiente al Porcentaje de disminución del plazo promedio de espera en procedimientos quirúrgicos mayores ambulatorios en el territorio nacional, el cual estableció para el año 2018 una meta del 40% y el porcentaje de cumplimiento fue de un 30%.

Lo anterior, según el Informe de Seguimiento Anual 2018, que consigna las siguientes observaciones:



“La meta no se logra al corte del mes de diciembre de 2018 los días de espera es de 331 días para los procedimientos quirúrgicos mayores ambulatorios en el territorio nacional.

Las principales razones se deben a que el 81% de los establecimientos de salud no se logra la reducción de los plazos de espera. Además, la programación de pacientes recientes de ingreso predominó sobre la cantidad de pacientes antiguos en la lista y por último la afectación de la Huelga Nacional tuvo un impacto negativo en la resolución de las listas, ya que el ingreso de pacientes a la lista continuó incrementándose y la resolución quirúrgica disminuyó.”

La Ley General de Control Interno, en el artículo 10, relacionado con la Responsabilidad por el Sistema de Control Interno, establece lo siguiente:

“Serán responsabilidad del jerarca y del titular subordinado establecer, mantener, perfeccionar y evaluar el sistema de control interno institucional.

Asimismo, será responsabilidad de la administración activa realizar las acciones necesarias para garantizar su efectivo funcionamiento.”

Las Normas de Control Interno para el Sector Público de la Contraloría General de la República, en el artículo 1.2, establece como uno del Sistema de Control el siguiente:

“Garantizar eficiencia y eficacia de las operaciones. El SCI debe coadyuvar a que la organización utilice sus recursos de manera óptima, y a que sus operaciones contribuyan con el logro de los objetivos institucionales.”

Mediante entrevista realizada el 19 de junio 2019, esta Auditoría le consultó a la Dra. Marny Ramos Rivas, Coordinadora General de la Unidad Técnica de Lista de Espera, sobre las estrategias implementadas por parte de la Unidad Técnica de Listas de Espera para el incremento de las Cirugías Ambulatorias en los Centros de Salud, indicándose lo siguiente:

“- El fortalecimiento de los Centros de menor complejidad, a través de dotación de especialistas, equipamiento, recurso humano de apoyo; lo anterior, con el fin de cerrar las brechas.

- Manejo en red de todas las patologías quirúrgicas, mediante la derivación entre Centros, tanto en jornada ordinaria y mediante proyectos especiales (jornadas producción).

- Capacitación en el modelo y funcionamiento a todas la Regiones, que en este momento se ha logrado el abordaje en red de las 7 Regiones.

- Búsqueda de diferentes alternativas para el abordaje de la lista de espera.

- Avance en la implementación de los sistemas de información en el 100% de los Hospitales (Módulo Arca – Quirúrgico), que actualmente se está instalando en los CAIS y Centros de menor complejidad.



- Costo – beneficio de la ambulatorización, demostrado por estudios Actuariales.
- Trabajo que se ha estado realizando en conjunto con la Dirección de Redes Integradas de Prestación de Servicios de Salud y Direcciones Regionales Integradas de Prestación de Servicios de Salud, enfocado para el manejo de la lista de espera y la implementación de estrategias.
- Análisis técnico de la capacidad instalada y resolutive.
- Disminución de las suspensiones prevenibles, para lo cual se emiten lineamientos, por ejemplo: el Lineamiento de Valoración Preoperatoria de Cirugía Ocular.”

Referente a las acciones que realiza la Unidad Técnica de Listas, orientadas para cumplir lo relacionado con Cirugía Ambulatoria en el Plan Táctico de la Gerencia Médica, la Dra. Ramos Rivas manifestó:

“Las mismas estrategias detalladas en la respuesta de la pregunta No. 3, sumadas a las estrategias que surjan del dinamismo de los procesos. Es importante mencionar, que las acciones están dirigidas a la gestión de procesos y de resultados.”

2.2 Respecto al Plan de Reforzamiento de la Oferta de Servicios de Salud en el I y II Nivel de Atención

Se verificó que la Gerencia Médica no ha logrado concretar la estrategia # 4 del Plan de Reforzamiento de la Oferta de Servicios de Salud en el I y II Nivel de Atención, denominada “La priorización de Áreas de Salud para el reforzamiento de la Cirugía Mayor Ambulatoria en el Gran Área Metropolitana (reforzamiento de especialidades quirúrgicas)”, dicho Plan menciona como estrategia fundamental la implementación de esta modalidad quirúrgica en Áreas de Salud, lo anterior, mediante el traslado de los procedimientos o cirugías menos complejas a Áreas de Salud del Gran Área Metropolitana, que disponen de la capacidad instalada para absorber este tipo de oferta.

El Plan mencionado, con base en el análisis realizado a la información relacionada con las Áreas de Salud contempladas en el documento, establece como una de sus recomendaciones, la conformación de Centros de Cirugía Mayor Ambulatoria en el Gran Área Metropolitana.

La Junta Directiva mediante el Artículo 27° de la Sesión 778 celebrada el 8 de diciembre de 2016, dispuso lo siguiente:

“Instruir a la Gerencia Médica y la Gerencia Financiera para que, de manera conjunta, procedan con la elaboración del Plan de Implementación y el cronograma respectivo, con base en la propuesta de reforzamiento del I y II nivel de atención, el cual deberá contemplar la priorización, formación, dotación y ubicación de los recursos y costos e impacto esperado en listas de espera. Dicho plan deberá ser presentado a la Junta Directiva en la última semana de febrero del año 2017, para su aprobación.”



En ese sentido la Gerencia Médica mediante oficio GM-AJD-16492-2017, de fecha 11 de enero del 2017, instruyó al Dr. Rodolfo Martínez Jiménez, para ese entonces Coordinador de Gestión de Red de la anteriormente denominada Dirección de Red de Servicios de Salud, lo siguiente:

“(...) la Gerencia mediante el presente acto delega a su persona la coordinación del proyecto señalado, en aras de que se proceda con el cumplimiento de los solicitado por la Junta Directiva, para lo anterior, se instruye la coordinación y trabajo en equipo con las Direcciones Regionales respectivas, las cuales deberán elaborar el plan de implementación correspondiente según su competencia, bajo la estricta coordinación con su persona, en el corto plazo se deberá trabajar con prioridad el I nivel de atención.”

La situación anterior, fue evidenciada por esta Auditoría Interna mediante Informe ASS-95-2018 Estudio sobre la Ejecución del Plan de Reforzamiento de la Oferta de Servicios de Salud en el I y II Nivel de Atención presentado por la Gerencia Médica a la Junta Directiva en el en el Artículo 27° de la Sesión 8878 del 8 de diciembre 2016, en el cual se emitieron las siguientes conclusiones:

“(...)

En términos generales se considera que el Plan de Reforzamiento de la Oferta de Servicios de Salud del I y II nivel, se constituye en una herramienta de planificación para el fortalecimiento de los servicios a nivel institucional, cuyos resultados están orientados a mejorar el acceso a los servicios de salud, con un reordenamiento y robustecimiento de la oferta de servicios, al proveerse de infraestructura, recursos humanos y de especialidades que no solamente favorecerán a los pacientes, sino también el acceso y una mayor capacidad resolutive al I y II nivel de atención con un impacto positivo en el tercer nivel y por ende en la lista de espera.

No obstante, los resultados del estudio evidencian que la Gerencia Médica no ha planificado, ejecutado y controlado de manera adecuada el Plan de Reforzamiento de la Oferta de Servicios de Salud en el I y II Nivel de Atención.

(...)

Por otra parte, la Gerencia Médica instruyó únicamente la elaboración del Plan de Implementación para la primera estrategia, del cual únicamente se aprobó por parte de la Junta Directiva el cronograma definido únicamente se aprobó por parte de la Junta Directiva el cronograma definido para el período 2017; por lo que no se tiene certeza de la implementación de los EBAIS definidos para el 2018-2021 así como de las estrategias 3 y 4.

(...)

Finalmente, se determina que la Gerencia Médica carece de un mecanismo de control o seguimiento periódico en cuanto al avance de las actividades ejecutadas del Plan de Implementación del Reforzamiento de la Oferta de Servicios de Salud en el I y II Nivel de Atención y el impacto logrado en la prestación de servicios en los EBAIS ya conformados como parte del cierre de brechas de la primera estrategia.



Las debilidades en cuanto a la conformación de las estrategias de fortalecimiento de la prestación de servicios de salud y la planificación gerencial de su implementación, pueden favorecer una utilización inadecuada de los recursos institucionales, debido a que no se tiene certeza de los costos de la implementación y su sostenibilidad en el tiempo, se han realizado cambios respecto a lo inicialmente definido y no existen cronogramas de implementación para todas las estrategias que fueron establecidas por la Gerencia Médica y presentadas a la Junta Directiva en diciembre 2016, por lo que la ejecución de acciones de implementación e inversión de recursos se está efectuando de manera desorganizada.

(...)”

Las Normas de Control Interno para el Sector Público de la Contraloría General de la República, en el artículo 1.2, establece como uno de los objetivos del Sistema de Control el siguiente:

“Garantizar eficiencia y eficacia de las operaciones. El SCI debe coadyuvar a que la organización utilice sus recursos de manera óptima, y a que sus operaciones contribuyan con el logro de los objetivos institucionales.”

En el apartado 4.5 sobre la Garantía de eficiencia y eficacia de las operaciones, dichas Normas indican lo siguiente:

“El jerarca y los titulares subordinados, según sus competencias, deben establecer actividades de control que orienten la ejecución eficiente y eficaz de la gestión institucional. Lo anterior, tomando en cuenta, fundamentalmente, el bloque de legalidad, la naturaleza de sus operaciones y los riesgos relevantes a los cuales puedan verse expuestas, (...)”

Asimismo, el apartado 4.5.1 referente a Supervisión constante, mencionan:

“El jerarca y los titulares subordinados, según sus competencias, deben ejercer una supervisión constante sobre el desarrollo de la gestión institucional y la observancia de las regulaciones atinentes al SCI, así como emprender las acciones necesarias para la consecución de los objetivos.”

Mediante entrevista realizada el 27 de junio 2019, esta Auditoría le consultó a la Ing. María de los Ángeles Gutiérrez Brenes, Directora Proyección de Servicios de Salud, sobre el grado de avance actual de la implementación de las propuestas del Plan de Reforzamiento de la Oferta de Servicios de Salud del I y II Nivel de Atención, quien manifestó lo siguiente:

“No se tiene conocimiento del grado de implementación del Plan, sin embargo, es importante mencionar que la Dirección de Proyección de Servicios de Salud dentro de los Proyectos que actualmente se están planificando, se tiene contemplado la implementación de Cirugía Ambulatoria en las Áreas de Salud indicadas en el Plan de Reforzamiento.”

El no cumplimiento por parte de la Gerencia Médica del indicador # 28 del Plan Táctico Operativo 2015-2018, obedece a la falta de un constante seguimiento y control de las estrategias implementadas para cumplir la



meta propuesta relacionada con la disminución del plazo promedio de espera en procedimientos quirúrgicos mayores ambulatorios en el territorio nacional, a fin de determinar si esas estrategias son adecuadas desde la perspectiva de eficiencia y eficacia durante su desarrollo por parte del nivel central, regional y local.

Que la Gerencia Médica desde el año 2017 haya instruido a la anteriormente denominada Dirección de Red de Servicios de Salud, llevar a cabo la elaboración del Plan de Implementación de la Propuesta de Reforzamiento de la Oferta de Servicios de Salud en el I y II Nivel de Atención, priorizando únicamente a corto plazo lo relacionado con el I nivel de atención, es la causa por la cual la Institución no haya establecido una de las estrategias proyectadas para el fortalecimiento de la Cirugía Mayor Ambulatoria en las Áreas de Salud.

La Gerencia Médica ha incorporado dentro de su planeación táctica operativa, una serie de estrategias para el incremento de la Cirugía Ambulatoria en los Centros de Salud, sin embargo, la ausencia de acciones concretas ocasiona que no se cumpla con dicha planeación, lo cual limita el robustecimiento de esta modalidad quirúrgica, incrementando de esta manera los plazos de espera y los costos quirúrgicos en la Institución.

3. SOBRE LA LISTA INSTITUCIONAL DE PROCEDIMIENTOS DE CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA

Se determinó que la Institución dispone de una Lista de Procedimientos Cirugía Mayor Ambulatoria desactualizada, su última actualización fue realizada y aprobada por la Gerencia Médica hace más de 12 años, lo anterior, mediante oficio No. 51881, de fecha 18 de diciembre de 2006.

La Ley General de Control Interno, en el artículo 15, relacionado con las Actividades de control, indica lo siguiente:

“Respecto de las actividades de control, serán deberes del jerarca y de los titulares subordinados, entre otros, los siguientes:

a) Documentar, mantener actualizados y divulgar internamente, las políticas, las normas y los procedimientos de control que garanticen el cumplimiento del sistema de control interno institucional y la prevención de todo aspecto que conlleve a desviar los objetivos y las metas trazados por la institución en el desempeño de sus funciones.

b) Documentar, mantener actualizados y divulgar internamente tanto las políticas como los procedimientos que definan claramente, entre otros asuntos, los siguientes:

(...)

iii. El diseño y uso de documentos y registros que coadyuven en la anotación adecuada de las transacciones y los hechos significativos que se realicen en la institución. Los documentos y registros deberán ser administrados y mantenidos apropiadamente.

Sobre este aspecto, el Dr. Juan Carlos Morera Guido, funcionario de la Dirección de Compras de Servicios de Salud y miembro de la Comisión Institucional de Cirugía Ambulatoria, mediante correo electrónico del 8 de mayo 2019, indicó a esta Auditoría lo siguiente:



“(...) En fin, la observación va en el sentido de que, si se quisiera utilizar el listado como parámetro para cuantificar el logro ambulatorio institucional, se requiere de una actualización en función de los avances nacionales puesto que el actual listado se revisó por última vez en 2006, hace 13 años y muy probablemente, aunque sea el último avalado por una Gerencia Médica, al día de hoy debe estar obsoleto o anacrónico al menos en parte. (...)”

Mediante entrevista realizada el día 26 de junio 2019, se le consultó al Dr. Genier Gerardo Zúñiga Ortega, Coordinador de la Comisión Institucional de Cirugía Ambulatoria, si a la lista mencionada se le ha realizado alguna actualización, funcionario que manifestó lo siguiente:

“No, no conozco si ha realizado otra actualización.”

Esta Auditoría considera, que la Gerencia Médica no ha realizado las acciones correspondientes para actualizar la Lista de Procedimientos de Cirugía Mayor Ambulatoria, la cual esté debidamente validada, aprobada y divulgada a todos los Centros de Salud de la Institución; lo anterior, con el objetivo de fortalecer la implementación y el desarrollo de esta modalidad quirúrgica.

No disponer de este documento formalmente actualizado, oficializado y divulgado tiene como consecuencia que los Centros de Salud que tengan implementada la Cirugía Mayor Ambulatoria o que opten por su implementación, no dispongan de una herramienta administrativa que defina cuáles procedimientos quirúrgicos se puedan realizar mediante ambulatorización, lo cual hace incurrir a la Institución en altos costos quirúrgicos y una ocupación de cama mayor a 24 horas.

4. SOBRE LA ESTANDARIZACIÓN DE LA GESTIÓN Y OPERACIONALIZACIÓN DE LA CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA EN LOS CENTROS DE SALUD

Se determinó que la Gerencia Médica no ha dotado a los Centros de Salud de una metodología o guía estandarizada para el desarrollo y/o implementación de la Cirugía Mayor Ambulatoria, de acuerdo con su complejidad y capacidad de recursos asignados.

Lo descrito se detalla en el siguiente cuadro:

Cuadro # 1. Aspectos evidenciados en los Centros de Salud sobre la Gestión y Operacionalización de la Cirugía Mayor Ambulatoria Año 2019

Centro de Salud	Aspectos evidenciados					
	La Institución ha dotado de marco normativo. Tienen conocimiento del lineamiento Técnico	Estructura Organizativa	Programación de Cirugías	Mecanismos de Control	Sistemas información	Reciben algún tipo de supervisión



	LT.GM.DDSS.30 0715					
Hospital San Juan de Dios	Manual Operativo para la Implementación de un Programa de Cirugía Ambulatoria, el cual no está avalado por Gerencia Médica	Un médico coordinador, médicos generales para consulta prequirúrgica, coordinadora de enfermería, tres enfermeras profesionales, dos auxiliares de enfermería, un asistente de pacientes, dos secretarías (una a medio tiempo)	Es definida por cada servicio	Informe mensual remitido a todos los Jefes de Servicios	ARCA	Oficina de Control de la Gestión y Dirección Médica del Hospital y la producción por parte de la Gerencia Médica
Hospital San Rafael de Alajuela	No, sobre el lineamiento sólo conocen el fondo de este	Sólo dispone de un técnico de registros médicos exclusivo para la modalidad ambulatoria, el cual se encarga de la programación. El resto de las actividades las realiza cada Jefatura de Servicio	22 días antes	Reportes mensuales sobre producción y TUSH	ARCA y Sistema Gerencial de Gestión de Salas de Operaciones (Sistema local)	Si por parte de la Dirección de Red Integrada de Prestación de Servicios de Salud Central Sur Central Norte y UTLE
Hospital Nacional de Niños	El Departamento de Cirugía brinda los lineamientos a seguir.	Un coordinador médico, una enfermera licenciada, dos médicos colaboradores, una auxiliar de enfermería y una secretaria	Es variable debido a que es un Hospital Especializado y lo define cada especialidad	Registro de los usuarios de curso preoperatorio y un registro diario de cirugías, suspensiones o traslados a otros servicios	ARCA	La Jefatura del Departamento de Cirugía
Hospital San Vicente de Paúl	Únicamente la Guía de Ingreso, Resolución y Depuración de Lista de Espera para Procedimientos Médicos y Quirúrgicos	Un médico Jefe 1, dos médicos generales, una auxiliar de enfermería, una enfermera licenciada y un oficinista	Promedio de 1 semana	Reuniones mensuales, control de llamadas a pacientes para la gestión y depuración de la lista de espera	ARCA	Dirección de Red Integrada de Prestación de Servicios de Salud Central Norte, UTLE, Dirección Médica y Grupo Gestor de Sala de Operaciones



Hospital Dr. Carlos Valverde Vega	Fichas Técnicas por parte de la Dirección Compras de Servicios de Salud y por parte de la UTLE documento de depuración de listas de espera, no de abordaje. Asimismo, se indica que se conoce el fondo del lineamiento técnico	No posee personal administrativo exclusivo para la modalidad, las actividades se realizan como parte de las funciones que realiza las Jefaturas	Es de una semana a un mes de anticipación, varía según especialidad	Informe mensual la UTLE, tablas dinámicas, reuniones de gestión de sala, matriz de evaluación, desempeño y producción Auditoría Interna	ARCA	UTLE
Hospital William Allen Taylor	Manual Operativo para la Implementación de un Programa de Cirugía Ambulatoria, el cual no está avalado por la Gerencia Médica y se aplica el Lineamiento Técnico	Para la modalidad se utiliza el mismo personal de cirugía electiva. La coordinación está a cargo de un médico especialista en anestesiología, un médico de listas de espera, un secretario, dos auxiliares de enfermería, un asistente de pacientes, enfermera profesional y dos funcionarios en central de equipos	Cada seis semanas	Tablas dinámicas para obtener indicadores de rendimiento, aprovechamiento de tiempos, plazos de espera, entre otros. En coordinación con los Especialistas se realizan matrices de auditoría mensualmente	ARCA	Si reciben, no detallo cuál instancia supervisa
Área de Salud Desamparados 1	No. Realizan sus propios protocolos. Aplican el fondo del lineamiento	Un médico coordinador, un médico general que apoya administrativamente y da asistencia en sala de operaciones y una secretaria por tiempo extraordinario	La programación la realizan los Hospitales con los que tienen convenio, los cuales son San Juan de Dios, Calderón Guardia, Max Peralta y México. Las cirugías propias del Área de Salud	Controles de insumos utilizados, de gestión de lista de espera, TUSH e informes de producción mensuales	ARCA	Dirección de Red Integrada de Prestación de Servicios de Salud Central Sur supervisa las listas de espera y capacidad instalada
Área de Salud Coronado	Sí el lineamiento técnico	Un médico coordinador, enfermera licenciada, enfermera para el área de	1 semana	Control de asistencia, horas programadas – utilizadas, atención	ARCA, SINCO (programa local que cubre lo que no	Dirección Redes Integradas de Servicios de Salud, Dirección de



		recuperación, asistente de pacientes, instrumentista, un circulante, auxiliar de quirófano, un médico cirujano y un anestesiólogo		médica, gestión de lista de espera, programación y de presupuestación, entre otros	contempla el EDUS)	Red Integrada de Prestación de Servicios de Salud Central Sur e indirectamente por la UTLE
--	--	---	--	--	--------------------	--

Del cuadro # 1, **en cuanto al conocimiento del marco normativo** de Cirugía Ambulatoria brindado por la Institución, el 33 % de los Centros visitados indican no conocer el Lineamiento Técnico de Abordaje Institucional de la Cirugía Ambulatoria LT.GM.DDSS.300715 (divulgado por la Gerencia Médica mediante oficio # GM-MDD-35127-15, de fecha 25 de agosto 2015) y el 67 % de los Centros manifiestan conocer el contenido del lineamiento. Llama la atención de esta Auditoría que durante las visitas de campo realizadas se evidenció que 2 Centros utilizaban como referencia el Manual Operativo para la Implementación de un Programa de Cirugía Ambulatoria realizado por la Comisión de Cirugía Mayor Ambulatoria, el cual a la fecha no está debidamente avalado por la Gerencia Médica, asimismo, se evidenció que en algunos Centros de Salud los funcionarios involucrados en la gestión operativa de la modalidad tuvieron que realizar los respectivos protocolos.

Respecto a la estructura organizativa, se evidenció que el 56 % de los Centros de Salud disponen de personal administrativo exclusivo para la gestión de la Cirugía Ambulatoria, dentro del cual destacan un médico jefe 1, coordinadores médicos, enfermeras licenciadas, oficinistas, secretarías, entre otros. En los restantes Centros la gestión administrativa es parte de las funciones sustantiva de la prestación de servicios de salud.

En cuanto al tema de programación de las cirugías es variado en cada Centro de Salud, lo anterior, según lo manifestado por los funcionarios obedece a la complejidad de cada Centro, al tipo de especialidad y a las prioridades quirúrgicas que se susciten; asimismo, en la mayoría de los Centros de Salud la programación la lleva a cabo cada Jefatura de Servicio y en menor número los funcionarios encargados de la gestión administrativa de la modalidad de Cirugía Mayor Ambulatoria.

Asimismo, según las visitas de campo realizadas por esta Auditoría, se determinó que cada Centro de Salud dispone de **diferentes mecanismos de control**, dentro de los cuales figuran tanto los establecidos Institucionalmente como propios del nivel local, sin embargo, no se evidenció la existencia de mecanismo de control orientado exclusivamente de la Cirugía Ambulatoria en los Centros, debidamente establecido por la Gerencia Médica.

El 100 % de los Centros de Salud visitados disponen del ARCA Módulo Quirúrgico para registrar la producción realizada en la modalidad de cirugía mayor ambulatoria, entre otros aspectos. De igual forma, en algunos Centros utilizan sistemas de información que han realizado localmente, tal es el caso del Hospital San Rafael de Alajuela, que desde el mes de junio 2017 diseñaron el Sistema Gerencial de Gestión de Salas de Operaciones, el cual permite en tiempo real el rendimiento de la salas de operaciones, monitoreo del estado de las cirugías (inicio, final y otros), tiempo de cambio, tiempo de alimentación de los funcionarios, tiempos muertos, producción, así como otros detalles relevantes tanto de cirugía electiva como ambulatoria.



De acuerdo a las visitas por esta Auditoría, no fue posible evidenciar la existencia de alguna Instancia específica designada por la Gerencia Médica, para llevar a cabo como actividad sustantiva la supervisión de la gestión de Cirugía Mayor Ambulatoria en los Centros de Salud, lo anterior, debido a que los funcionarios manifestaron que reciben supervisiones de temas relacionados con la modalidad ambulatoria como lo es producción o lista de espera por parte de diferentes Instancias, tanto locales, regionales y del Nivel Central.

Otro aspecto a resaltar es que en los Centros de Salud que tienen implementada la Cirugía Mayor Ambulatoria, concentran su gestión mediante la creación de Unidades o Programas de Cirugía Ambulatoria, sin embargo, este aspecto de orden administrativo no está definido Institucionalmente. Asimismo, dentro de esas Unidades o Programas, los Centros no incluyen todas las especialidades quirúrgicas que emplean la modalidad ambulatoria, generando de esta manera una gestión paralela a la Unidad o Programa establecido; además, se evidenció que en algunos Centros de Salud cada Servicio maneja su propio programa de Cirugía Ambulatoria.

La Ley de Control Interno, en el artículo 8, establece como objetivos del Sistema de Control Interno, lo siguientes:

- (...)*
- b) Exigir confiabilidad y oportunidad de la información.*
 - c) Garantizar eficiencia y eficacia de las operaciones.*
 - d) Cumplir con el ordenamiento jurídico y técnico."*

Las Normas de Control Interno para el Sector Público de la Contraloría General de la República, en el artículo 1.2, establece como uno de los objetivos del Sistema de Control el siguiente:

"Garantizar eficiencia y eficacia de las operaciones. El SCI debe coadyuvar a que la organización utilice sus recursos de manera óptima, y a que sus operaciones contribuyan con el logro de los objetivos institucionales."

En el apartado 4.5 sobre la Garantía de eficiencia y eficacia de las operaciones, dichas Normas indican lo siguiente:

"El jerarca y los titulares subordinados, según sus competencias, deben establecer actividades de control que orienten la ejecución eficiente y eficaz de la gestión institucional. Lo anterior, tomando en cuenta, fundamentalmente, el bloque de legalidad, la naturaleza de sus operaciones y los riesgos relevantes a los cuales puedan verse expuestas, (...)"

Asimismo, el apartado 4.5.1 referente a Supervisión constante, mencionan:

"El jerarca y los titulares subordinados, según sus competencias, deben ejercer una supervisión constante sobre el desarrollo de la gestión institucional y la observancia de las regulaciones atinentes al SCI, así como emprender las acciones necesarias para la consecución de los objetivos."



Sobre si la Institución ha brindado marco normativo a los Centros de Salud relacionado con la gestión operativa de la Cirugía Mayor Ambulatoria, el Dr. Jonathan Sosa Céspedes, Director Médico del Hospital Dr. Carlos Luis Valverde Vega, indicaron a esta Auditoría lo siguiente:

"(...) sobre el lineamiento técnico de cirugía ambulatoria LTGMDDSS300715 (oficio No. GMMDD 35127, de fecha 25 de agosto 2015), que conocen el fondo del lineamiento, no el oficio como tal, dado que se aplica en la modalidad de cirugía ambulatoria."

Asimismo, funcionarios encargados de la gestión operativa de la modalidad de Cirugía Mayor Ambulatoria del Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia, manifestaron lo siguiente:

"(...) asimismo, mencionan que la Gerencia Médica no les ha brindado manuales, ni lineamientos para los Programas de Cirugía Ambulatoria. Asimismo, desconocen el lineamiento técnico de cirugía ambulatoria LTGMDDSS300715 (oficio No. GMMDD 35127, de fecha 25 de agosto 2015)."

Referente a este aspecto, la Dra. Karla Masís Blanco, Coordinadora del Programa de Cirugía Mayor Ambulatoria del Hospital San Juan de Dios, indicó:

"(...) la Institución para el año 2017 dotó del Manual Operativo Implementación del Programa de Cirugía Mayor Ambulatoria Versión 2.0, el cual debe ser actualizado en el año 2019."

La Dra. Mónica Suárez Álvarez, Coordinadora del Programa de Cirugía Mayor Ambulatoria PCMA del Hospital San Vicente de Paúl, relacionado con la estructura organizativa, mencionó a esta Auditoría lo siguiente:

"Relacionado con la estructura organizativa la Dra. Suárez Álvarez menciona que el Programa de Cirugía Mayor Ambulatoria depende directamente de la Dirección Médica del Hospital y que está conformado por mi persona como Coordinadora (está nombrada como Médico Jefe 1), 02 médicos generales, 01 auxiliar de enfermería, 01 enfermera licenciada encargada de la educación del paciente y una oficinista. Todo este personal es exclusivo del Programa de Cirugía"

Relacionado con el tiempo de programación de las cirugías ambulatorias en el Hospital Dr. Carlos Luis Valverde Vega, el Dr. Sosa Céspedes, indicó:

"El tiempo de programación varía por especialidad, pero en términos generales varía de 1 semana a 1 mes de anticipación."

Sobre el tiempo de antelación que se asignan las salas de operaciones para realizar cirugías ambulatorias, mediante entrevista realizada el día 01 de julio 2019, la Dra. Diana Patricia Salas Corrales, Gestora de Salas de Operaciones del Hospital San Juan de Dios, manifestó lo siguiente:

"Se realiza un día antes, porque se depende de la programación de las cirugías por parte de cada uno de los Servicios."

Respecto a las especialidades quirúrgicas que integran el Programa de Cirugía Mayor Ambulatoria del Hospital San Vicente de Paúl, la Dra. Suárez Álvarez, manifestó lo siguiente:



“(...) actualmente el Programa cuenta con especialidades de manejo directo tanto la programación como la lista de espera, las especialidades son: oftalmología, urología, vascular periférico, ginecología (Salpingectomía), cirugía general. Es importante aclarar, que las restantes especialidades quirúrgicas de ortopedia y otorrinolaringología manejan su propia programación y lista de espera (gestión), sin embargo, el Programa les apoya en la asignación de la fecha de la educación, indicaciones sobre preoperatorios y la preparación de los expedientes. En el caso de la especialidad de cirugía pediátrica, no se brinda ningún apoyo, debido que esa especialidad maneja totalmente su programa de cirugía ambulatoria.”

Asimismo, sobre la existencia de Programas de Cirugía Mayor Ambulatoria en los Centros de Salud, el Dr. Genier Zúñiga Ortega, Coordinador de la Comisión de Cirugía Ambulatoria, señaló:

“Es importante aclarar, que en ningún Centro de Salud existe un programa de cirugía ambulatoria debidamente conformado, además en la estructura organizativa de la Institución(organigramas) no existe esta figura.”

Esta Auditoría considera que la Gerencia Médica no ha realizado las acciones necesarias para dotar a los Centros de Salud de acuerdo a su complejidad de una estandarización mínima para la implementación y/o el desarrollo de la Cirugía Ambulatoria, la cual contenga aspectos básicos como marco normativo, estructura organizativa, programación de cirugías, mecanismos de control, entre otros aspectos que se consideren necesarios en la modalidad.

Que los Centros de Salud no dispongan de una estandarización mínima sobre la gestión de Cirugía Mayor Ambulatoria, debidamente oficializada por la Gerencia Médica, provoca que los funcionarios no dispongan de una herramienta administrativa que guíe la ejecución del proceso y toma de decisiones de esta modalidad quirúrgica, para brindar una atención en salud a los usuarios de manera oportuna, lo cual debilita el Sistema de Control Interno, en particular lo referente al cumplimiento del bloque normativo y técnico.

CONCLUSIONES

La Cirugía Mayor Ambulatoria ha tenido un crecimiento significativo en las últimas décadas, esto debido al constante avance tecnológico, que logra que cada vez esta modalidad quirúrgica se aplique a más patologías que usualmente requerían demandar servicios de hospitalización. Los avances tecnológicos han logrado que actualmente se realicen procedimientos quirúrgicos en menos tiempo y con menos complicaciones al paciente intervenido.

El fortalecimiento de esta modalidad quirúrgica en los Centros de Salud de la Institución impacta de manera positiva, logrando una significativa reducción de los plazos de espera por una intervención quirúrgica, disminución de costos hospitalarios, una mayor equidad en los recursos asignados, reducción de estancias hospitalarias y una mejor recuperación del paciente en su entorno familiar.

Según la evaluación realizada, se determinó que la Gerencia Médica debe fortalecer sus mecanismos de seguimiento y control de las estrategias incorporadas de en su planeación táctica operativa, con el fin de cumplir de manera eficiente y eficaz con esas estrategias institucionales y de esta manera fortalecer a nivel local la modalidad ambulatoria para reducir los plazos de espera en especialidades quirúrgicas.



Es criterio de esta Auditoría, que nivel institucional no exista una adecuada conducción estratégica sobre la Cirugía Mayor Ambulatoria, es debido a que la Gerencia Médica no ha definido claramente la Instancia técnica responsable de orientar el direccionamiento de esta modalidad.

Se evidenció que, del total de la lista de espera quirúrgica, un 70% podría resolverse mediante la modalidad de Cirugía Mayor Ambulatoria, sin embargo, los plazos de espera para una resolución mediante esta modalidad quirúrgica son prolongados, lo cual está asociado a una gestión que no garantiza el uso eficiente de los recursos Institucionales y a la carencia de estrategias costo – efectivas que fortalezcan la Cirugía Mayor Ambulatoria a nivel Nacional.

Relacionado con la Lista de Procedimientos de Cirugía Ambulatoria, se evidenció que la Gerencia Médica no ha realizado las acciones correspondientes para actualizar este listado, lo cual ocasiona que los funcionarios involucrados en proceso no dispongan de una herramienta administrativa que oriente que procedimientos quirúrgicos se puede realizar mediante la ambulatorización.

Asimismo, se determinó que la Gerencia Médica no ha realizado las acciones necesarias para dotar a los Centros de Salud de acuerdo a su complejidad de una estandarización mínima para la implementación y/o el desarrollo de la Cirugía Ambulatoria, la cual contenga aspectos básicos como marco normativo, estructura organizativa, programación de cirugías, mecanismos de control, entre otros aspectos que se consideren necesarios en la modalidad.

RECOMENDACIONES

AL DR. MARIO RUIZ CUBILLO, EN CALIDAD DE GERENTE MÉDICO O A QUIEN EN SU LUGAR OCUPE SU LUGAR

1. De conformidad con los resultados obtenidos en los hallazgos 1 y 2 y debido a que la Cirugía Ambulatoria se constituye en una de las estrategias más idóneas para favorecer la atención a los usuarios que requieren una intervención quirúrgica, debido a que garantiza la reducción de costos, disminución de estancias hospitalarias y de plazos de espera en la Institución; ejecutar las siguientes acciones:
 - a. Efectuar un diagnóstico situacional de la Cirugía Ambulatoria a Nivel Institucional, mediante el cual se analicen las diferentes iniciativas establecidas por la Gerencia Médica, como el Programa Institucional de Cirugía Ambulatoria adscrito a la Dirección Desarrollo Servicios de Salud o como la Comisión de Cirugía Ambulatoria. Posterior al análisis, establecer las estrategias para el fortalecimiento de la CMA, con el respectivo cronograma, responsables, entre otros que considere pertinentes.
 - b. Definir a nivel Institucional la Instancia responsable de la gestión de Cirugía Mayor Ambulatoria, otorgándole las respectivas potestades, competencias y recursos; lo anterior, con el objetivo de que los funcionarios involucrados en el proceso dispongan de un responsable directo que oriente la gestión estratégica y la operacionalización de esta modalidad en el nivel local.



Dentro de esta definición, deberá la Gerencia Médica determinar si continua con la figura del Programa Institucional de Cirugía Ambulatoria adscrito a la Dirección Desarrollo Servicios de Salud o como la Comisión de Cirugía Ambulatoria.

- c. Brindar trámite prioritario a las solicitudes de la Comisión de Cirugía Mayor Ambulatoria, planteadas mediante oficios No. 15:11-2018-C-CMA, 16:12-2018 C-CMA y N° 07-05-2019 C-CMA, de fechas 12 de noviembre y 21 de diciembre 2018 y 29 de mayo 2019 respectivamente; los cuales están relacionados con la valoración y aprobación de las propuestas del Plan de Trabajo de la Comisión, así como, el Manual Operativo Implementación del Programa de Cirugía Mayor Ambulatoria.
- d. Establecer un mecanismo de control institucional, que permita supervisar y otorgar seguimiento efectivo al desarrollo de la Cirugía Mayor Ambulatoria en los Centros de Salud, para lo cual, esa Gerencia deberá definir con la respectiva Instancia Técnica los aspectos a supervisar.

Para acreditar el cumplimiento de la recomendación, deberá remitirse a esta Auditoría un informe que contemple la descripción y evidencia documental de la elaboración del diagnóstico situacional, la definición de la Instancia Institucional responsable de la gestión de Cirugía Mayor Ambulatoria, el trámite brindado a solicitudes planteadas a esa Gerencia por parte de la Comisión de Cirugía Ambulatoria y el mecanismo de control definido para la supervisión y seguimiento de la modalidad quirúrgica.

Plazo de cumplimiento: 9 meses a partir de recibido el presente informe.

2. De conformidad con lo evidenciado en el hallazgo 3, actualizar el listado Institucional de los procedimientos que se pueden realizar mediante de Cirugía Mayor Ambulatoria, lo anterior, debido a que su última actualización data del año 2006.

La actualización deberá realizarse de acuerdo a los criterios técnicos vigentes de la modalidad quirúrgica y contener al menos aspectos como la categoría, número de código y descripción del procedimiento a realizar; así como, clasificar las cirugías ambulatorias que le corresponde realizar a cada Establecimiento de Salud de acuerdo a su complejidad.

De igual forma, esa Gerencia deberá definir la Instancia responsable de la actualización y la periodicidad de las futuras actualizaciones al Listado.

Para acreditar el cumplimiento de la recomendación, deberá remitirse a esta Auditoría la actualización del Listado Institucional de Procedimientos de Cirugía Mayor Ambulatoria, debidamente validada por el Nivel Local, aprobada y divulgada de manera oficial por la Gerencia Médica.

Plazo de cumplimiento: 12 meses a partir de recibido el presente informe.



3. Considerando que la Gerencia Médica no ha dotado a los Establecimientos de Salud de una estandarización para la implementación y/o el desarrollo de la Cirugía Mayor Ambulatoria de acuerdo a su complejidad, realizar una guía o metodología que defina en esa modalidad quirúrgica al menos los siguientes aspectos:
 - a. Proceso de programación y priorización de las salas de operaciones, para lo cual se deberá considerar al menos los siguientes aspectos:
 - Análisis histórico del comportamiento en jornada ordinaria de las cirugías electivas, mayores ambulatorias y por ingreso de emergencias.
 - Lista de espera.
 - Recursos disponibles.
 - Priorización de cirugías por criterios técnicos médicos y administrativos.
 - b. Con la Instancia técnica correspondiente, establecer los protocolos, guías o lineamientos correspondientes que permitan la estandarización de las actividades efectuadas en el desarrollo de la Cirugía Mayor Ambulatoria.

Para acreditar el cumplimiento de la recomendación, deberá remitirse a esta Auditoría un informe que contemple la descripción y evidencia documental del proceso definido para la programación y priorización de salas de operaciones, así como, los protocolos, guías o lineamientos correspondientes que permitan la estandarización de las actividades efectuadas en el desarrollo de la Cirugía Mayor Ambulatoria.

Plazo de cumplimiento: 12 meses a partir de recibido el presente informe.

COMENTARIO DEL INFORME

De conformidad con el artículo 45 del Reglamento de Organización y Funcionamiento de la Auditoría Interna, se procedió a comentar los resultados del estudio con la Dra. Casandra Leal Ruiz, Asesora de la Gerencia Médica, Licda. Dra. Marny Ramos Rivas, Coordinadora de la Unidad Técnica de Listas de Espera, Licda Marcela Ureña Cruz y Licda. Juan Pablo Mora Molina, Funcionarios Encargados de la Atención y Seguimiento de Informes de Auditoría de la Gerencia Médica, el 25 de octubre del año en curso, quienes indicaron lo siguiente:

RECOMENDACIÓN 1

Comentarios: relacionado con el plazo, la Dra. Ramos Rivas considera que el tiempo debe ser de 9 meses.

Respecto al comentario se amplía el plazo a 9 meses, con la posibilidad de solicitar prórroga.

RECOMENDACIÓN 2

Comentarios: relacionado con el plazo, los miembros de la Administración solicitan ampliarlo a 12 meses.

Respecto al comentario se amplía el plazo a 9 meses.



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
AUDITORIA INTERNA
Tel.: 2539-0821 - Fax.: 2539-0888
Apdo.: 10105

RECOMENDACIÓN 3

Comentarios: relacionado con el plazo, los miembros de la Administración solicitan ampliarlo a 12 meses.

Respecto al comentario se amplía el plazo a 9 meses, con la posibilidad de solicitar prórroga.

ÁREA SERVICIOS DE SALUD

Lic. Luis Gustavo Ramírez Alvarado
ASISTENTE AUDITORÍA

Lic. Melvin Zúñiga Sedó
JEFE SUBÁREA

Lic. Edgar Avendaño Marchena
JEFE DE ÁREA

EAM/MZS/LGRA/edvz