



Gerencia Médica

**con NUEVO
RUMBO**



Informe Final de Gestión [2006-2011]

- DRA. ROSA CLIMENT MARTIN

Octubre, 2011

“El peor de todos los pasos es el primero. Cuando estamos listos para una decisión importante, todas las fuerzas se concentran para evitar que sigamos adelante. Ya estamos acostumbrados a eso. Es una vieja Ley de la Física: Romper la inercia es difícil. Como no podemos cambiar la física, concentremos la energía extra y así conseguiremos dar el primer paso. Después el camino mismo ayuda”.

Paulo Coelho: *El instante mágico.*

Índice

PRESENTACIÓN	1
RESULTADOS DE LA GESTIÓN.....	2
Principales logros alcanzados.....	10
<i>Análisis evaluativo de la reestructuración organizacional de la Gerencia Médica y la elaboración de los manuales de organización específicos de las Direcciones de sede central adscritas a la Gerencia Médica</i>	<i>10</i>
<i>Elaboración del Plan de Acción de la Gerencia Médica</i>	<i>15</i>
<i>Fortalecimiento de los tres niveles de atención: recurso humano, infraestructura y equipamiento.</i>	<i>19</i>
ASIGNACIÓN Y DISTRIBUCIÓN DE PLAZAS EN EL PERÍODO 2006-2010	19
<i>Inversiones en mejora de la infraestructura y equipamiento</i>	<i>31</i>
INVERSIÓN TOTAL SEGÚN COMPLEJIDAD.....	33
<i>Proyectos financiados a través del fondo de fortalecimiento del primer nivel de atención. Años 2010 y 2011.</i>	<i>36</i>
EQUIPOS	37
<i>Evaluación de la Calidad del Proceso de Atención Hospitalaria</i>	<i>38</i>
GUÍAS CLÍNICAS Y PROTOCOLOS	38
LA GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA	39
NORMA DE ATENCIÓN	39
PROTOCOLOS	39
GUÍA DE ATENCIÓN	39
<i>Estrategia Multimodal Higiene de Manos “Atención Limpia es Atención Segura”</i>	<i>42</i>
OBJETIVOS ESPECÍFICOS PLANTEADOS:	42
RESULTADOS ESPERADOS:	43
DESARROLLO DEL PROYECTO.....	43
<i>Estrategia Cirugía Segura – Salva Vidas.....</i>	<i>44</i>
OBJETIVOS ESPECÍFICOS:	44

RESULTADOS ESPERADOS:	44
RESULTADOS OBTENIDOS	45
<i>Estrategia Transición del Niño-Adolescente-Adulto con enfermedades crónicas a otros niveles de atención de la CCSS.....</i>	<i>45</i>
OBJETIVO GENERAL:.....	46
OBJETIVOS ESPECÍFICOS:	46
RESULTADOS ESPERADOS:	46
<i>Diagnóstico de la problemática actual del proceso de transición niño adolescente adulto..</i>	<i>46</i>
CAPACITACIÓN Y SENSIBILIZACIÓN ENFOCADOS A FAMILIARES, CUIDADORES Y LÍDERES ADOLESCENTES CON ENFERMEDADES CRÓNICAS Y AL PERSONAL DE SALUD.	47
FORMACIÓN DE EQUIPOS INTERDISCIPLINARIOS RESPONSABLES DE LA TRANSICIÓN EN CADA HOSPITAL.....	47
<i>Estrategia subsistema de Hospitalización, atención y apoyo domiciliario CCSS.....</i>	<i>49</i>
<i>Contratos de Servicios de Salud a Terceros Vigentes.....</i>	<i>50</i>
<i>Producción Hospitalaria 2006- 2010.....</i>	<i>53</i>
ANTECEDENTES	53
CONSULTA EXTERNA:.....	57
URGENCIAS:.....	59
EGRESOS:	59
<i>Manejo financiero</i>	<i>61</i>
GLOBAL DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD.....	61
CONTENCIÓN DEL GASTO.....	69
<i>Listas de Espera</i>	<i>74</i>
CIRUGÍA	75
CONSULTA EXTERNA ESPECIALIZADA	75
PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS AMBULATORIOS	76
OTRAS ACTIVIDADES QUE MEJORARON LA ATENCIÓN DE CONSULTA EXTERNA, CIRUGÍAS Y PROCEDIMIENTOS	76
<i>Nueva visión gerencial en las regiones de Servicios de Salud.....</i>	<i>77</i>
<i>Fortalecimiento de la Atención integral del Cáncer en la Red Oncológica Nacional</i>	<i>78</i>
PLAN DE ACCIÓN PARA LA IMPLEMENTACIÓN DEL PROYECTO	78
SUBPROYECTOS PLANTEADOS EN EL INICIO, VIGENTES AÚN AL DÍA DE HOY	81

<i>Desarrollo de la Modalidad de Atención Integral a Población Indígena e Indígena Migrante</i>	83
.....	83
PROBLEMÁTICAS MÁS FRECUENTES EN POBLACIÓN INDÍGENA	84
<i>Conformación del Equipo Técnico de Apoyo Hospitalario (ETAH)</i>	87
MARCO METODOLÓGICO	88
CENTROS MÉDICOS DESIGNADOS.	88
CONFORMACIÓN ACTUAL DEL EQUIPO TÉCNICO DE APOYO HOSPITALARIO (ETAH)	90
PRÓXIMOS TRABAJOS	90
<i>Intervención de centros médicos y apoyo a la Gestión de los Hospitales</i>	90
INTERVENCIÓN DEL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS	91
ÁREA DE SALUD DE BUENOS AIRES.....	91
<i>Conformación del Centro de Gestión Informática de la Gerencia Médica</i>	92
IMPLEMENTACIÓN DE METODOLOGÍAS DE PROYECTOS, CONTROL INTERNO Y NORMATIVA VIGENTE TIC	92
INCORPORACIÓN DE LINEAMIENTOS TÉCNICOS PARA EL DESARROLLO DE SOFTWARE EN PROYECTOS DE IMPACTO NACIONAL.....	93
REVISIÓN Y ORGANIZACIÓN DE FUNCIONES CGIGM, SEGÚN MODELO DE CGIS VIGENTE.....	93
Otros logros	95
<i>Desarrollo del proceso de Desconcentración (EFECTOS LEY 7852)</i>	95
RESEÑA CRONOLOGICA.....	95
<i>Implementación de los consejos de Directores de Sede y de Directores Regionales, Directores de Hospitales Nacionales y Especializados.</i>	100
<i>Instauración del Centro de Control de Operaciones</i>	101
<i>Uso eficiente de la tecnología en apoyo a la gestión administrativa</i>	101
TELEMEDICINA.....	101
OTRAS INNOVACIONES TECNOLÓGICAS	103
<i>Presencia internacional de la Gerencia Médica (Asociación Internacional de Seguridad Social)</i>	103
<i>Acuerdos presentados ante la Junta Directiva</i>	104
PROYECTOS PENDIENTES	108

SUGERENCIAS PARA LA BUENA MARCHA DE LA GERENCIA MÉDICA	111
ESTADO ACTUAL DEL CUMPLIMIENTO DE LAS DISPOSICIONES GIRADAS POR LA CONTRALORÍA	
GENERAL DE LA REPÚBLICA	113
DFOE-SA-6-2006: Informe sobre la desconcentración de hospitales y clínicas de la Caja Costarricense de Seguro Social.....	113
DFOE-SOC-31-2007: Algunos factores que inciden en los tiempos y listas de espera de los servicios de consulta externa en neurocirugía, procedimiento diagnóstico de ultrasonido general y cirugía en ortopedia que se brindan en los tres hospitales nacionales generales de la CCSS	119
DFOE-SOC-85-2007: Informe sobre el sistema de aseguramiento de calidad del proceso de desarrollo de infraestructura de salud de mediana y alta complejidad de la Caja Costarricense de seguro Social (CCSS).	121
DFOE-SOC-IF-97-2009: Informe sobre los resultados del estudio relacionado con la efectividad en la gestión de consulta externa de los hospitales nacionales de la Caja Costarricense de Seguro Social.....	124
DFOE-SOC-IF-01-2011: Informe sobre el abordaje del cáncer en Costa Rica.....	130
ESTADO ACTUAL DEL CUMPLIMIENTO DE LAS DISPOSICIONES O RECOMENDACIONES QUE DURANTE SU GESTIÓN LE HUBIERA GIRADO ALGÚN OTRO ÓRGANO DE CONTROL EXTERNO, SEGÚN LA ACTIVIDAD PROPIA DE CADA ADMINISTRACIÓN.	144
Sala Constitucional: Recursos de amparo	144
Defensoría de los Habitantes: Informes atendidos.....	144
Cumplimiento de las recomendaciones formuladas por la Auditoría Interna	145
ACCIONES EMPRENDIDAS PARA ESTABLECER, MANTENER, PERFECCIONAR Y EVALUAR EL SISTEMA DE CONTROL INTERNO EN LA GERENCIA MÉDICA.....	149
Metodología de trabajo	149

Cumplimiento de la aplicación de la herramienta de Autoevaluación de Control Interno	
2010	152
Análisis de Resultados	155
<i>Aspectos generales</i> :.....	160
<i>Ambiente de Control</i> :	161
<i>Valoración de Riesgos</i>	161
<i>Actividades de Control</i> :.....	162
<i>Sistemas de información</i>	162
<i>Seguimiento</i>	162
<i>Sugerencias a la Gerencia Médica</i>	162
CONCLUSIONES.....	164
<i>Acciones de Mejora de la Gerencia Médica</i>	165

PRESENTACIÓN

La Gerencia Médica de la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) está llamada a ser la dependencia institucional capaz de proveer los mecanismos, lineamientos e instrumentos necesarios para que los establecimientos de salud proporcionen a los habitantes del país servicios con criterios de calidad, igualdad, equidad, seguridad, oportunidad, calidez y efectividad.

Por esta razón, desde mi nombramiento como jerarca de esta dependencia, acordado por el Ente Colegiado institucional inicialmente y en forma interina a partir del mes de julio del 2010 y luego en la sesión N° 8137, celebrada el 08 de marzo de 2007 donde se define mi periodo por 6 años según la normativa que rige el nombramiento de los gerentes en el nivel institucional, he procurado reorientar y redefinir las acciones que esta unidad de trabajo desarrolla, de manera que se alcance la meta que ha servido como norte a la labor administrativa: ser la instancia que defina las pautas institucionales en la prestación de los servicios de salud, las controle y evalúe su cumplimiento.

Esta designación, oportunidad invaluable para colaborar firme y decididamente en la mejoría de la prestación de servicios de salud y seguridad social que nuestro país ofrece a sus habitantes, ha requerido, en el desarrollo de la labor cotidiana, de una gran capacidad para la innovación y para la toma de decisiones (enmarcadas ambas en los mayores principios de excelencia, integridad, transparencia y compromiso que me han convertido, hoy por hoy, en la persona con mayor permanencia en el cargo de Gerente Médico en la historia institucional.

¡La tarea se ha cumplido a cabalidad! Hoy el recuerdo de aquella Gerencia Médica con poca definición y timorata que encontré, al iniciar mi función, es cosa del pasado. El trabajo que todo el equipo que conforma la gerencia ha desarrollado en el quinquenio recién concluido ha permitido brindarle un rumbo adecuado a esta dependencia, de cara al inicio de la segunda década del siglo XXI.

Conocedora de ese cumplimiento de la tarea, y en procura de facilitar el proceso de integración y de adaptación de quien sea designado por la Junta Directiva de la institución para dar continuidad

a la labor que, hasta el día de hoy, he desarrollado con la tenacidad y el esmero que merece la salud de nuestros asegurados, presento un resumen ejecutivo de los principales resultados obtenidos durante mi gestión.

RESULTADOS DE LA GESTIÓN

La Gerencia Médica forma parte de la estructura organizativa de la Caja, cuyo propósito es conducir la prestación de los servicios de salud a nivel nacional. Esta Gerencia tiene a cargo todos los establecimientos de salud en los diferentes niveles de atención, así como las instancias técnicas (Direcciones de Sede Central) y administrativas (Direcciones Regionales), que apoyan la gestión de los servicios, mediante:

- la proyección de los servicios de salud,
- la regulación y normalización de los servicios,
- la formación y capacitación de personal en el campo de la salud,
- la puesta en operación y el apoyo de la gestión de los servicios.

Me correspondió liderar en este periodo la organización funcional y administrativa de la Gerencia con el fin de darle forma a la estructura de la misma en el nivel nacional, iniciando por la revisión de las unidades básicas de la institución como lo son los Equipos Básicos de Atención Integral de Salud (EBAIS), muchos de los existentes al inicio de mi gestión se encontraban con recurso humano incompleto, por ello y con personal capacitado en materia de planificación del recurso humano en servicios de salud, nos dimos a la tarea de diagnosticar cual era la magnitud del problema, para así llevar la propuesta de mejora a la Junta Directiva. Cabe recalcar que en ese diagnóstico participaron diferentes funcionarios de las Áreas de salud, de las Direcciones Regionales y de las Direcciones de Sede Central de la Gerencia Médica y de la Dirección de Recursos Humanos, hoy llamada Dirección de Gestión y administración de personal de la Gerencia Administrativa.

Actualmente, cada seis meses se emite desde la Dirección de Proyección de Servicios de Salud de la Gerencia Médica, el documento denominado *“INVENTARIO DE ÁREAS DE SALUD, SECTORES, EBAIS, SEDESY PUESTOS DE VISITA PERIÓDICA EN EL ÁMBITO NACIONAL”*.

Paralelamente se revisó también, la complejidad de las Áreas de salud, donde las principales variables determinadas y analizadas fueron los recursos físicos existentes (infraestructura y equipamiento), el recurso humano también existente, perfil epidemiológico, demográfico entre otros y así determinar brechas en accesibilidad y en la equidad de los servicios de salud, fruto de este trabajo se elabora el documento *“IDENTIFICACIÓN DE LA OFERTA INSTALADA EN LAS SEDES DE ÁREAS DE SALUD, SU CLASIFICACIÓN SEGÚN COMPLEJIDAD OBSERVADA Y PROPUESTA DE REFORZAMIENTO CON VISIÓN DE LARGO PLAZO SEGÚN PERFIL EPIDEMIOLÓGICO, DEMOGRÁFICO, FACTORES CONDICIONANTES Y BRECHAS DETECTADAS”*, el cual fue distribuido en el país en marzo del 2008, fecha a partir de la cual el personal de las Direcciones Regionales y de las Áreas de Salud reciben la capacitación correspondiente, para darle uso adecuado a este documento. *Se adjuntan ambos documentos como anexo de este informe.*

De igual forma trabajé con los equipos técnicos para desarrollar estrategias alternativas a la hospitalización en los diferentes centros hospitalarios, basado lo anterior, en experiencias exitosas como lo han sido la experiencia del Hospital Nacional de Geriatria y Gerontología, así como la experiencia del Hospital Calderón Guardia, en el desarrollo de experiencias como: hospital de día, hospital domiciliar, visitas domiciliarias a pacientes terminales o bien con problemas crónicos como lo son los dializados, entre otras.

En total, la Gerencia Médica tiene adscritas un total de **153 Unidades**, distribuidas de la siguiente manera:

Unidades adscritas a la Gerencia Médica

Unidades	Cantidad
Áreas de Salud	103
Hospitales	29
Direcciones de Sede	7
Direcciones Regionales	7
Centros Especializados	5
Desconcentración y Juntas de Salud	1
Centro de Gestión Informática	1
Total	153

No incluye la Clínica de La Reforma, pero ésta también brinda servicios de salud. Mixtos (Ministerio de Justicia-CCSS)

Fuente: DPSS, elaboración propia.

Para lograr la efectiva prestación de los servicios de salud en los diferentes centros de atención, la Gerencia se organiza de la siguiente forma:

- a) **Ámbito administrativo:** Cuenta con una organización administrativa, a fin de facilitar la ejecución y evaluación de sus actividades, así como la coordinación interna para cumplir con la misión institucional. Estos ámbitos administrativos son:
- **Central:** cuyo carácter es conductor, político, normativo y financiero, donde se ubican las autoridades superiores que tienen la responsabilidad de garantizar, mediante la formulación de políticas, estrategias, planes, programas y presupuestos, necesarios para el cumplimiento de las funciones y objetivos de la Institución.
 - **Regional:** Está integrado por 7 Direcciones Regionales: **Central Norte, Central Sur, Pacífico Central, Chorotega, Huetar Norte, Huetar Atlántica y Brunca** (diagrama 3), cuya función consiste en adoptar y sistematizar, en un área geográfica definida, las estrategias, planes, programas y presupuestos definidos en el ámbito central. Además, le corresponde coordinar, supervisar y capacitar al recurso humano de los establecimientos de salud y administrar los recursos físicos y financieros asignados a la región.

- **Local:** le corresponde programar, ejecutar y monitorear las acciones de salud, mediante las cuales se operacionalizan los planes y programas. Además, en este ámbito se formulan y ejecutan proyectos locales que responden a las características propias del área de atracción poblacional y se administran los recursos humanos, físicos y financieros asignados a ese ámbito. Lo conforman todos los establecimientos, en los que se brindan los servicios de salud a la población adscrita, en cada región de salud¹.

Diagrama. CCSS: Conformación de las Regiones de Salud



Fuente: Dirección de Proyección de Servicios de Salud, elaboración propia.

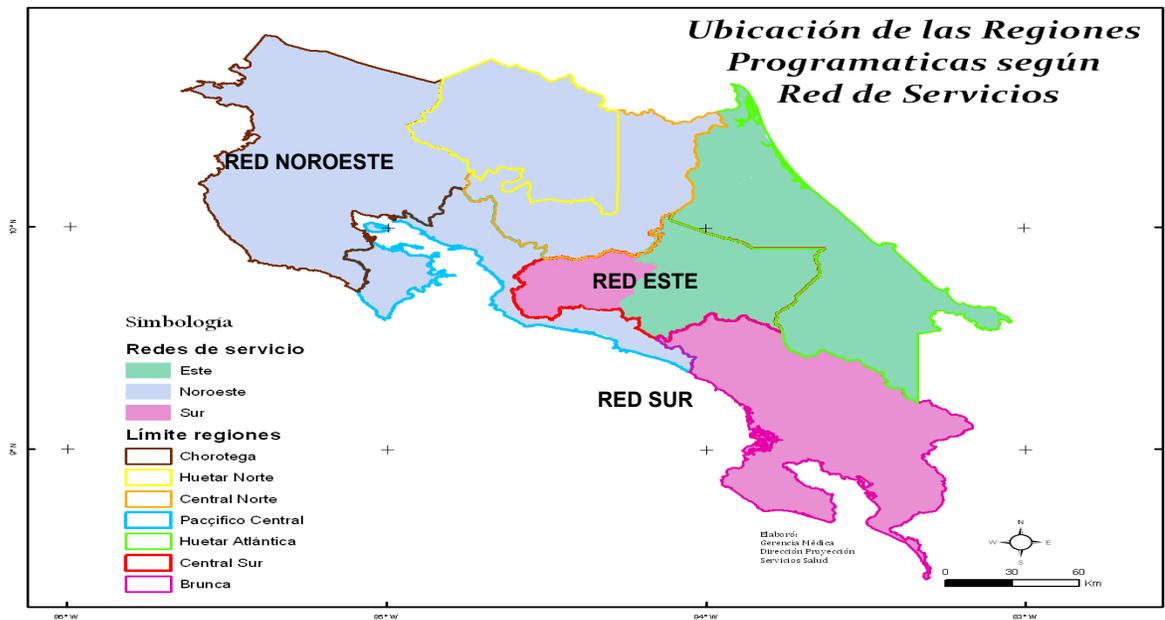
b) Ámbito funcional: Los establecimientos de salud están organizados en tres redes de servicios de salud, según su complejidad y por demanda, que pretenden garantizar la continuidad del servicio, según la respuesta requerida por el usuario del servicio de salud. Estas tres redes de servicios de salud son: **Red Noroeste, Red Sur y Red Este.**

Cada una de estas redes tiene adscrito un conjunto de establecimientos de salud, que prestan servicios diferenciados en tres niveles de atención, a saber: I Nivel (Áreas de Salud), II Nivel (Áreas

¹CCSS, CENDEISS, Proyecto de Fortalecimiento y Modernización del Sector Salud, UCR. Curso Gestión Local de Salud para Técnicos del Primer Nivel de Atención. **Primera Unidad Modular: El Sistema Nacional de Salud en Costa Rica: Generalidades.** San José, Costa Rica, año 2004.

con especialidades médicas, Hospitales Regionales y Hospitales Periféricos) y III Nivel (Hospitales Nacionales Generales y Especializados). Estos Hospitales y Centros Especializados, constituyen los centros de referencia nacional de todos los establecimientos de las 3 redes².

Diagrama. CCSS: Redes de Servicios de Salud

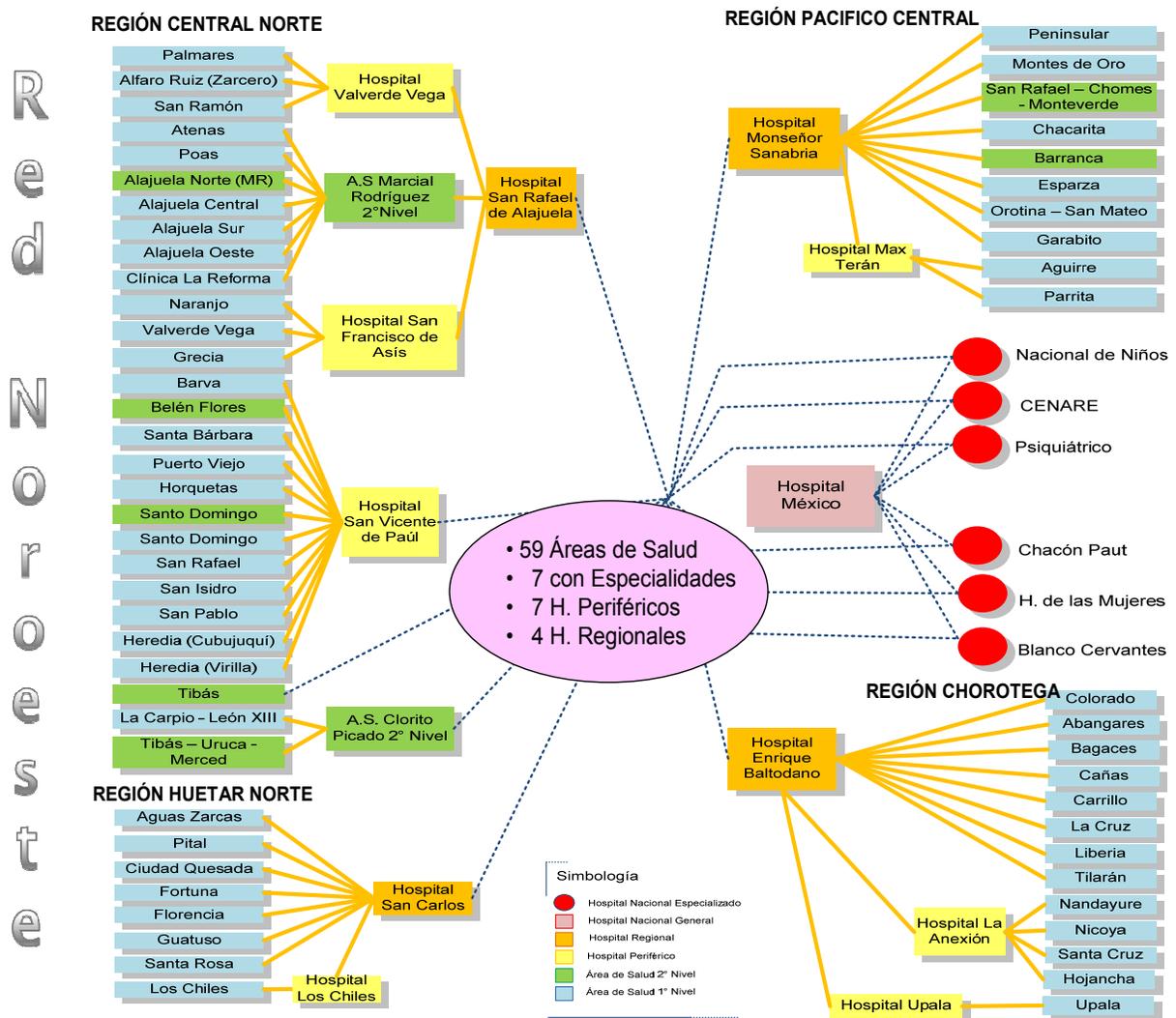


Fuente: Dirección de Proyección de Servicios de Salud, elaboración propia.

La Red Noroeste es la más grande y está conformada por 59 Áreas de Salud, 7 de las cuales disponen de algunas especialidades básicas, 4 Hospitales Regionales y 7 Hospitales Periféricos. El Hospital General de Referencia de mayor complejidad es el Hospital México. Las Regiones que la integran son: Región Chorotega, Región Pacífico Central, Región Huetar Norte y la Región Central Norte.

²CCC. Dirección de Proyección de Servicios de Salud. **Caracterización de las Regiones de Salud de la Caja Costarricense de Seguro Social.** Agosto, 2010.

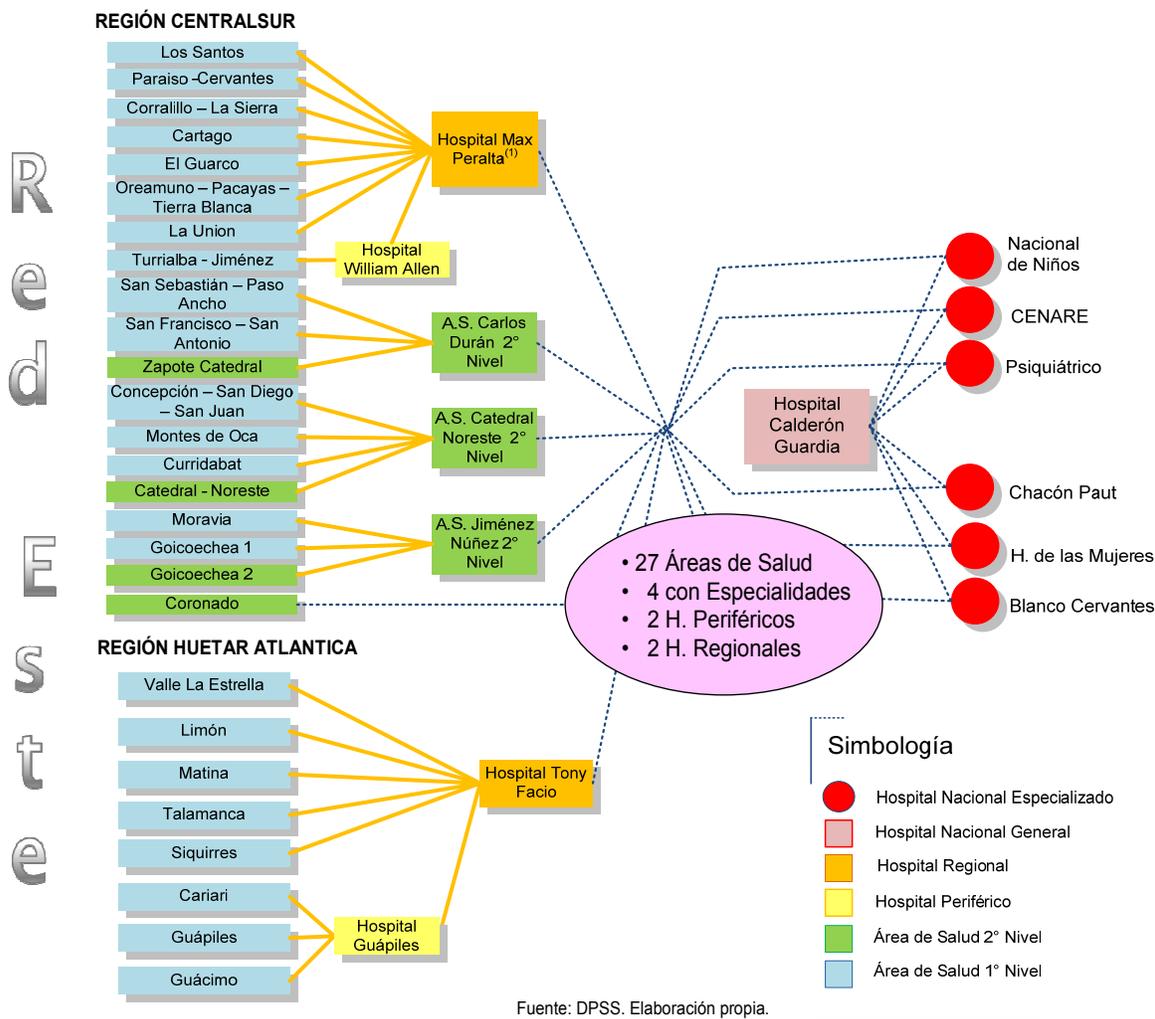
Diagrama. Conformación de la Red Noroeste de Servicios de Salud



Fuente: Dirección de Proyección de Servicios de Salud, Área Análisis y Proyección de Servicios de Salud. Elaboración propia.

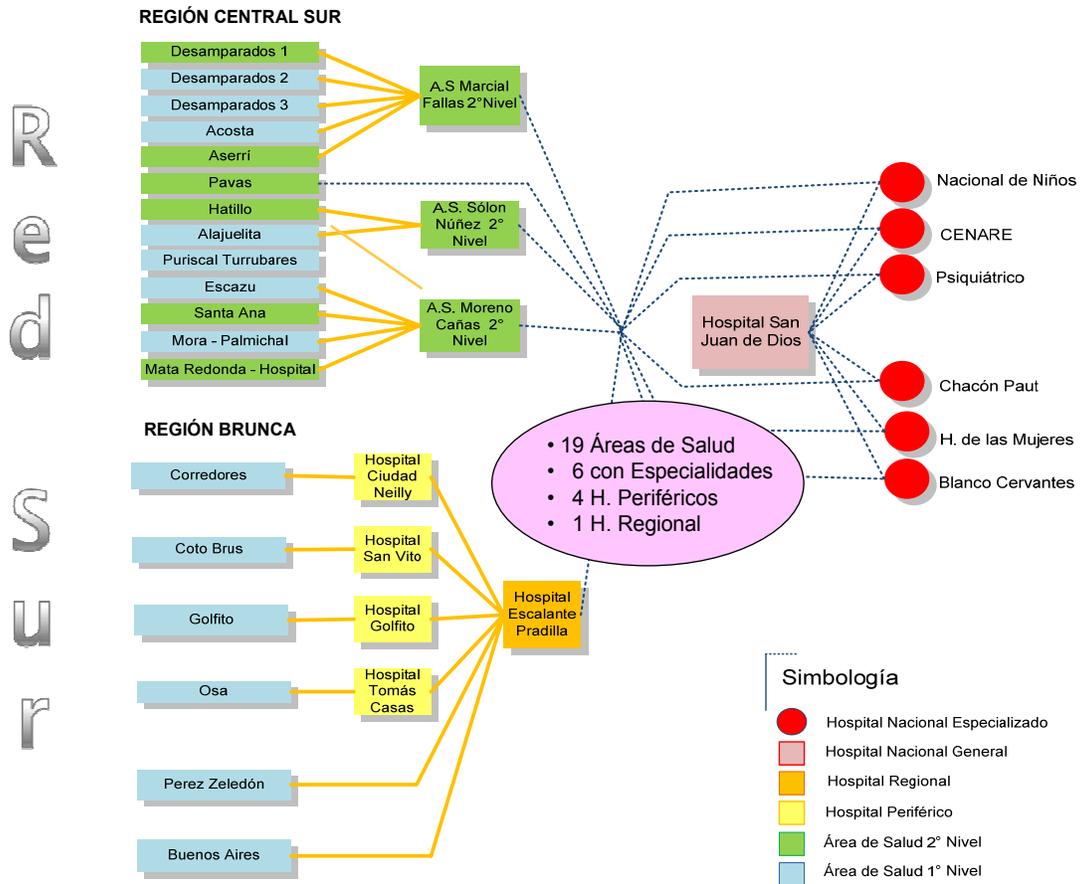
La Red Este está integrada por un total de 27 Áreas de Salud, de las cuales 4 disponen de al menos una especialidad básica, 2 Hospitales Regionales y 2 Hospitales Periféricos. El Hospital General de referencia de mayor complejidad de esta red es el Hospital Calderón Guardia. Las Regiones Huetar Atlántica y gran parte de la Región Central Sur conforman esta red.

Diagrama. Conformación de la Red Este de Servicios de Salud



La Red Sur la integran 19 Áreas de Salud (6 de ellas con especialidades), 1 Hospital Regional y 4 Hospitales Periféricos. El Hospital San Juan de Dios es el Hospital Nacional General de referencia de esta red en el III Nivel de Atención (de mayor complejidad). La integran las Regiones Brunca y parte de la Central Sur.

Diagrama. Conformación de la Red Sur de Servicios de Salud



Fuente: DPSS. Elaboración propia.

Principales logros alcanzados

Análisis evaluativo de la reestructuración organizacional de la Gerencia Médica y la elaboración de los manuales de organización específicos de las Direcciones de sede central adscritas a la Gerencia Médica

Sin lugar a duda, uno de los logros de mayor significancia administrativa se gestó el 24 de abril de 2008, cuando la Junta Directiva de la institución aprobó el *informe sobre la evaluación de la reestructuración organizacional de la Gerencia Médica* y los manuales de organización específicos de las Direcciones de sede central adscritas a la Gerencia Médica, labor que fue orquestada por la Gerente Médico y el equipo de Directores de Sede Central que, por un periodo de año y medio aproximadamente trabajamos intensamente para definir la estructura organizacional más adecuada para lograr los objetivos de la Gerencia Médica.

En el mismo se logra en forma integral, dar un enfoque a la estructura de la Gerencia funcional y organizacional no solo del despacho sino a cada una de las Direcciones de Sede Central adscritas a la Gerencia Médica, quedando el camino preparado para cumplir con la misión encomendada según el artículo 15 de la Ley constitutiva de la Caja Costarricense de Seguro social a la Gerencia Médica de ser líder y proveedor nacional de servicios de salud.

Estos cambios han permitido optimizar los procesos de la Gerencia de manera que se brinde una respuesta más idónea a los usuarios, readecuando los procesos para asumir el reto de desarrollar el fortalecimiento de la red de servicios.

Este proceso de reestructuración incluyó, entre otros, los siguientes elementos:

1. La creación de la ***Dirección de Centros Especializados***, que tiene a cargo las siguientes Unidades:
 - Centro de Control del Dolor y Cuidados Paliativos

- Laboratorio Nacional de Citologías
- Clínica Oftalmológica
- Laboratorio de Genética Molecular Humana (Paternidad Responsable)
- Banco Nacional de Sangre

Previo a la integración de esta Dirección, estos centros no poseían los mecanismos adecuados en materia de control y evaluación de sus labores sustantivas, de tal forma que puedo decir ahora, que es un logro contar con resultados positivos en estos centros como por ejemplo:

- Diagnostico e intervención quirúrgica oportuna de pacientes con problemas de cámara posterior o sea, enfermedades de retina y vítreo. Incluso se promovió ante Junta Directiva tres jornadas de cirugía vespertina para la intervención de lista de espera de pacientes con este tipo de patologías y cuyo impacto se observa en el no envío de estos pacientes al exterior para ser operados.
 - Impulso del trámite de donación ante la Junta de Protección Social de la propiedad donde se construirá el nuevo centro de control del Dolor y Cuidados paliativos.
 - Ampliación de las instalaciones del Laboratorio Nacional de citologías, compra de nuevos microscopios, de sillas ergonómicas para que tanto patólogos como técnicos realicen sus labores en forma más cómoda. Impulso ante la U.C.R. para la apertura del curso de diplomado en citología, pues por más de diez años se había abandonado la formación de tecnologías médicas por parte de este ente universitario.
 - Por otra parte un logro importante fue lograr la acreditación del laboratorio de genética molecular humana (Paternidad responsable).
2. Asimismo, se creó la Dirección de Proyección de Servicios de Salud, ente a través del cual la Gerencia Médica asume el rol designado por la Junta Directiva en materia de la Planificación de los Servicios de salud. Realiza entre otros, estudios sobre complejidad de los diferentes centros de salud (Áreas de Salud y Hospitales) con el fin de determinar brechas de recursos entre unos y otros, tal que la distribución de los recursos, cada año,

se realice en forma más equitativa en busca de la eficiencia, la satisfacción de los usuarios y además promover el uso racional de los recursos.

- Se dotó de instrumentos a la Institución para la recolección de la información (cuestionarios) desde las unidades menos complejas hasta las más complejas. A futuro estos permitirán actualizar y medir la complejidad de los establecimientos de salud.
- Se dotó a la C.CS.S. de una base de datos que contiene la información recolectada con los instrumentos, esta puede ser actualizada a futuro por cambios en la dotación de recursos. Dicha información puede ser utilizada por otras instancias de la Institución para apoyar diversos trabajos.
- Se provee al sistema de salud de la CCSS de perfiles de complejidad que guíen la dotación de recursos para las Áreas de Salud ordenando la oferta por niveles de atención, para los tres tipos área de salud, CAIS y sedes de EBAIS con y sin problemas de accesibilidad, con una visión de largo plazo, con enfoque de red de servicios, considerando el modelo de atención y el perfil epidemiológico así como factores condicionantes.
- El resultado de la clasificación de las Áreas de Salud, identifica que existen tres niveles de complejidad (bajo, medio y alto). De acuerdo oferta observada, se identifican 87 Áreas de Salud tipo 1, once Áreas tipo 2 y seis tipo 3. Este estudio ratifica lo establecido en la normativa vigente, en cuanto a la agrupación de tres categorías de Áreas de Salud.
- El ejercicio de la clasificación permitió dotar a la Institución de un modelo estadístico que es repetible en el tiempo, adaptable al tipo de recurso y que ofrece validez científica.
- Se diseñó una propuesta de complejidad que fortalece a las Áreas de Salud tomando en cuenta necesidades de salud de la población, factores condicionantes, el modelo de atención, el trabajo en red y la dotación actual, todo con visión de largo plazo; estableciéndose 79 Áreas de Salud tipo 1, 18 Áreas tipo 2 y siete tipo 3.
- El estudio permitió planificar la dotación de recursos según tipo, en función de la respuesta que las Áreas de Salud deben dar a las necesidades de salud de la población en un trabajo de red de servicios de salud y acorde al modelo de atención.
- Se identificó las brechas en recursos existentes en las Áreas de Salud, como resultado del análisis de la oferta observada versus el perfil de complejidad propuesto. Éste detalle

responde al tipo de recurso y no su cantidad. Entre las brechas más importantes encontradas, se identificaron debilidades significativas en la dotación de recurso humano administrativo, que provocan recargo de funciones e inciden en la gestión de las Áreas de Salud.

Esta dirección incluye tres áreas específicas:

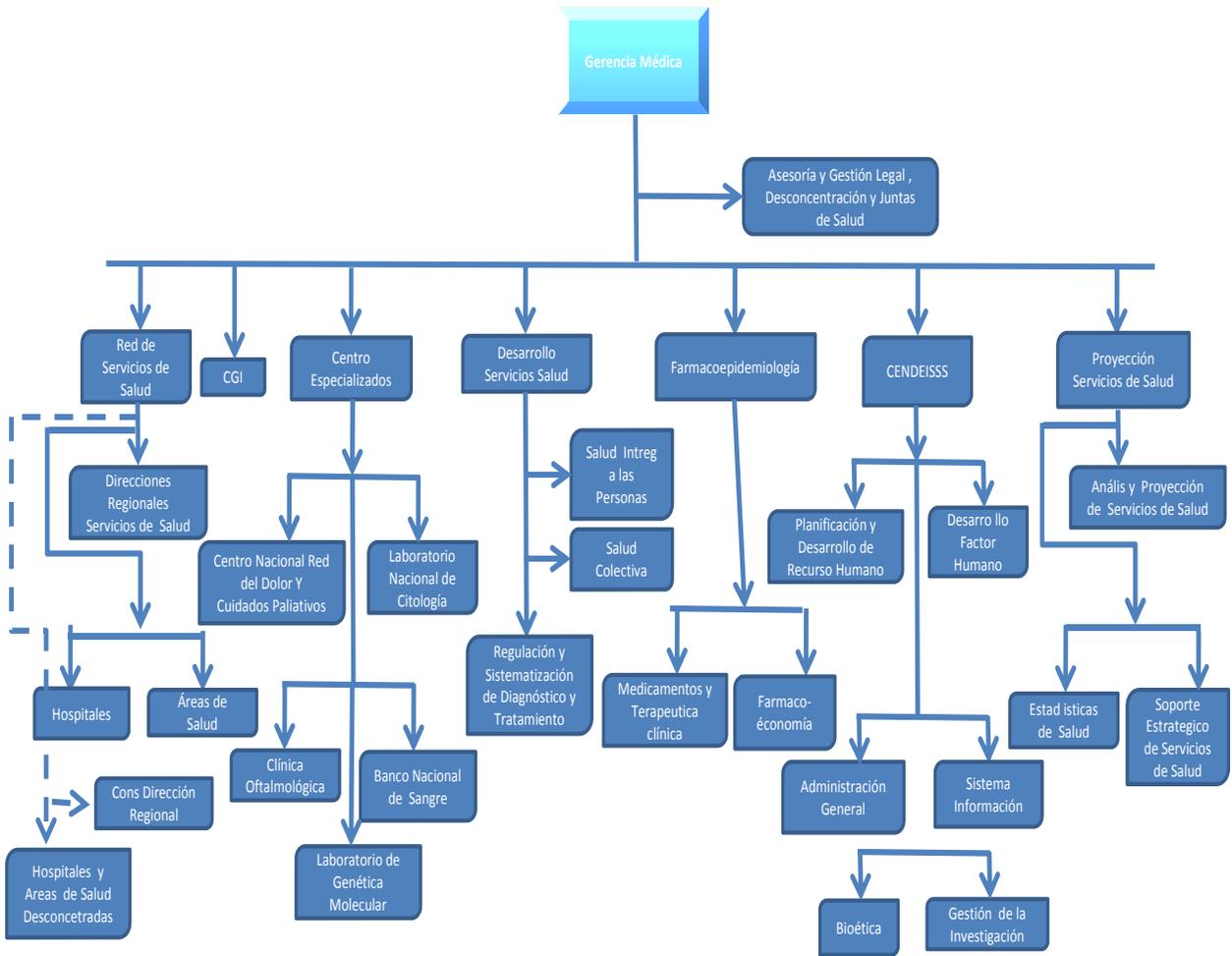
- Análisis y Proyección de Servicios de Salud
 - Estadística de Salud
 - Soporte Estratégico para los Servicios de Salud
3. El Centro de Desarrollo Estratégico e Información en Salud y Seguridad Social (CENDEISS), mantuvo sus funciones como ente encargado de la capacitación y formación del recurso humano institucional.
 4. La Dirección de Medicamentos y Terapéutica, varió su nomenclatura y su perfil funcional, transformándose en la **Dirección de Farmacoepidemiología**. Además este año 2011, acaba de asumir la coordinación nacional de las farmacias pertenecientes a los diferentes centros que prestan servicios de salud en la CCSS
 5. Además, se eliminó la Dirección de Información en Salud y se mantuvo la Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud, la cual ha tenido un papel preponderante en la actualización de normativa existente antes del año 2007 en materia de promoción, prevención y atención de la enfermedad en los diferentes niveles. Elaboración de protocolos y guías clínicas fundamentadas en medicina basada en la evidencia, para esto hubo que enviar a formarse en el Centro CHROCANE en España a funcionarios de esta Dirección.
 6. En el caso de la Dirección de Gestión y Redes de Servicios de Salud, cambió de nomenclatura a **Dirección de Red de Servicios de Salud**. Un logro vital de esta Dirección es
 7. Se creó el **Centro de Gestión Informática** como dependencia perteneciente al Despacho Gerencial. Esta unidad brinda soporte informático y asesoría tanto a las direcciones de

sede como a los centros médicos. Cabe destacar, que uno de los hechos relevantes que está ejecutando el CGI es la integración, en materia de Centros de Gestión Informática, de un consejo que desde ya se reúne con todos los representantes de los diferentes niveles de atención, CGI Gerenciales y Jefaturas de DTIC. Ejecuta en coordinación con la Subgerencia de Tecnologías el desarrollo de los diferentes sistemas de información que integrarán el expediente único en salud(EDUS)

8. Se cambió de nomenclatura a la Unidad de Desconcentración y Juntas de Salud, por ***Asesoría y Gestión legal, Desconcentración y Juntas de Salud***; ubicándose como dependencia directa del Despacho Gerencial.
9. Se varió de nomenclatura de las Direcciones de Gestión Regionales y Red de Servicios de Salud, a ***Direcciones Regionales de Servicios de Salud***.

** Se adjunta documento como anexo a este informe.*

A continuación se adjunta organigrama de la Gerencia Médica según lo acordado por la Junta Directiva en el año 2008:



Elaboración del Plan de Acción de la Gerencia Médica

Acorde con la política emitida por la Junta Directiva tanto en la administración pasada como en la actual, de alinear el accionar de las gerencias con el Plan Estratégico Institucional, la Gerencia Médica elaboró dos planes de acción durante mi periodo como Gerente Médico.

El primero se desarrolla en el año 2007 ***“Plan de acción de la Gerencia Medica 2007-2012”*** y el

segundo se desarrolla en el año 2010 al ingresar la nueva administración ***“Plan de acción gerencial y planes tácticos de las direcciones de sede 2010-2015”***, se trató en ambos de hacer un esfuerzo muy importante para mejorar y fortalecer los procesos internos de planificación estratégica y operativa.

Como parte de ese esfuerzo, y por primera desde su creación, esta gerencia formula un plan de acción con un horizonte de mediano plazo, que trasciende la mera programación anual de actividades y tareas específicas, y que está rigurosamente alineado con el marco de políticas y estrategias institucionales.

Con el Plan de Acción 2007-2012, la Gerencia Médica asumió el reto de contribuir a fortalecer y modernizar el seguro de salud - y su expresión operativa: la red de establecimientos de la CCSS en todo el país -, a través de la implementación de una serie de propuestas innovadoras, que están dirigidas al logro de dos grandes objetivos:

- a) Reducir las inequidades y los problemas de acceso existentes en el seguro de salud, que actualmente afectan a diversos grupos de usuarios y comunidades del país; y
- b) Contribuir a incrementar la capacidad de respuesta organizacional en materia de planificación y gestión de los servicios de salud, de tal manera que estos puedan responder de manera oportuna y efectiva a las necesidades de la población nacional.

Procuramos todos los que participamos en la elaboración de ambos planes, que como todo instrumento de planificación, estos documentos fuesen dinámicos y flexibles, con facilidad de someterse a revisión y actualización (como paso con el segundo documento elaborado) periódicamente, especialmente cuando se formulan los planes anuales operativos, de los cuáles un plan de acción es guía y no camisa de fuerza. Igualmente, cuando se modifique el marco estratégico institucional, dentro del cual fue concebido.

El siglo XXI nos abrumará con enormes cambios científicos, tecnológicos, económicos, sociales y sanitarios, y por lo tanto con nuevas y amplias demandas sobre el seguro de salud. El Plan de Acción 2007-2012, tuvo como norte, además de guía estratégica, táctica y operativa, para comenzar a enfrentar, con enfoque sistémico, tales retos, pretender ser un estímulo para

retomar con mayor claridad, dinamismo y efectividad, el liderazgo técnico que en el campo de la atención integral de la salud de las personas le corresponde a esta gerencia.

Acorde con lo supra enunciado, la Gerencia en el año 2010 actualiza su Plan de Acción fundamentado en la necesidad de ajustar y adaptar la planificación vigente a las transformaciones del entorno, las prioridades de país y a las expectativas de las nuevas autoridades institucionales.

El Plan de Acción 2010-2015 se formula a partir del plan de gobierno, administración 2010-2014; del Plan Nacional de Desarrollo 2011-2014; de los lineamientos de la Presidencia Ejecutiva para el próximo quinquenio y de los objetivos propios del ámbito gerencial.

Para cada uno de los objetivos planteados en el Plan, se establecieron:

- a. Uno o varias acciones estratégicas.
- b. Definición de metas específicas.
- c. Indicadores para medir el cumplimiento, según el planteamiento de la meta.
- d. Periodo de ejecución
- e. Las metas para cada año contemplado en el plan.
- f. Las actividades a desarrollar cada año para alcanzar las metas.
- g. Las unidades responsables.

Contempla las siguientes actividades:

- Elevar la calidad para mejorar la accesibilidad, la equidad y oportunidad de los servicios de salud que se prestan a los usuarios.
- Consolidar y desarrollar el modelo de atención integral de la salud, de alta calidad y capacidad resolutiva, que privilegie el enfoque bio-psicosocial del proceso salud-enfermedad; y que articule, racionalice y de coherencia y continuidad a las acciones ejecutadas en los distintos niveles de la red de servicios.

- Brindar el acceso a servicios de salud de atención integral a las personas con equidad, calidad, seguridad, diversidad, universalidad, solidaridad, accesibilidad e inclusión social.
- Garantizar la seguridad, oportunidad y calidad de los servicios de apoyo de la seguridad social.
- Fortalecer la Red Oncológica y la lucha contra el cáncer.
- Fortalecer la Gestión Ambiental en la Institución de acuerdo con la normativa vigente.
- Mejorar la accesibilidad mediante la conformación de equipos de trabajo y el aumento en la dotación de especialistas para la prestación de los servicios de salud.
- Contribuir a elevar la calidad para mejorar la accesibilidad, equidad y oportunidad de los servicios de salud.
- Racionalizar las listas de espera en medicina especializada.
- Proveer los recursos humanos, de infraestructura y tecnológicos en salud con equidad, calidad, seguridad y accesibilidad.
- Reajustar en la implementación el Modelo de Atención Integral en Salud.
- Completar el desarrollo y lograr la consolidación del modelo de atención integral de la salud, en todos los niveles del sistema.
- Fortalecer la capacidad resolutoria de los Centros Nacionales Especializados.
- Disminuir la tasa de mortalidad neonatal a nivel nacional.
- Mantener la tasa de mortalidad materna a nivel nacional.
- Aumentar las coberturas en al menos un programa de atención en salud a la población por región.
- Socializar e implementar las disposiciones que en materia de seguridad hospitalaria contiene la “Política Institucional de Seguridad del Paciente”, en todas las instancias de la organización responsables de su cumplimiento.
- Determinar innovaciones terapéuticas reales de los nuevos medicamentos biotecnológicos.
- Fortalecer el sistema de fármaco vigilancia, con énfasis en la mejora de la notificación de las fallas terapéuticas y reacciones adversas atribuidas a los medicamentos de la CCSS.
- Desarrollar una propuesta articulada y efectiva para el abordaje integral del cáncer.

- Implementar la normativa en Gestión Ambiental, en todas las instancias de la Institución.

Para evaluar el Plan de acción la Gerencia ha establecido una rutina de revisión del mismo, conjuntamente con las diferentes Direcciones de Sede Central y la Dirección de Planificación Institucional, a través de talleres.

Se procura que sean al menos dos anuales, esta estrategia es la forma para que los directores con sus funcionarios revisen las metas en su totalidad y determinen avances y/o estancamiento de las mismas, logrando así que con ayuda de otros actores como la Dirección de Planificación Institucional se estime la posibilidad de readecuar, eliminar o bien fortalecer algunas o introducir nuevas metas.

** Se adjuntan ambos documentos anotados en este aparte.*

Fortalecimiento de los tres niveles de atención: recurso humano, infraestructura y equipamiento.

Asignación y distribución de plazas en el período 2006-2010

El recurso humano constituye parte del capital de toda organización. La complejidad que caracteriza los servicios de salud, hace que el capital humano de los establecimientos de salud sea muy variado en cuanto a tipos de perfil ocupacional, sea en el ámbito técnico como profesional, donde confluyen múltiples disciplinas, con perfiles clínicos y administrativos, que en su mayoría requieren de un conjunto de conocimientos y capacidades específicas en el campo de la salud, para lo cual se requiere desarrollar programas de formación y capacitación, necesarios para la adecuada prestación de los servicios de salud a la población.

En el período 2006-2010, la Junta Directiva de la Institución aprobó un total de 10.003 plazas, de las cuales se asignó un total de 8.662 plazas a las Unidades adscritas a la Gerencia Médica, que corresponden a 87%, con el propósito de fortalecer la prestación de los servicios de salud en el ámbito clínico y administrativo y de esta manera atenuar en parte, el impacto que por un periodo cercano a los 20 años causó la no creación de plazas en la institución acorde con la

universalización de los servicios, el crecimiento poblacional, la transición demográfica y la transición epidemiológica del país.

**Plazas asignadas a las Unidades adscritas a la Gerencia Médica por año,
según fuente de financiamiento. Período 2006-2010**

Año	Total de Plazas	Tipo de Financiamiento			
		Central		Local	
		N°	%	N°	%
2006	1.500	828	55	672	45
2007	1.696	1.017	60	679	40
2008	2.471	1.663	67	808	33
2009	1.295	1.180	91	115	9
2010	1.700	940	61	760	39
Total	8.662	5.628	65	3.034	35

Fuente: DPSS, elaboración con información de la Dirección de Presupuesto.

Como se mencionó con anterioridad, un aspecto relevante en materia de asignación de recursos humanos, se relaciona con el tipo de financiamiento para la creación de los códigos nuevos, que puede ser de dos tipos:

- **Financiamiento Central:** los códigos se crean con recursos financieros del presupuesto central de la Institución.
- **Financiamiento Local:** para garantizar la continuidad de la prestación de los servicios, las Unidades locales utilizan el pago de tiempo extraordinario, que constituye el pago que se realiza a los funcionarios en jornada no ordinaria. Además se tiene la contratación de terceros para el otorgamiento de algunos servicios complementarios, tales como Registros y Estadísticas de Salud (REDES), Aseo y Vigilancia.

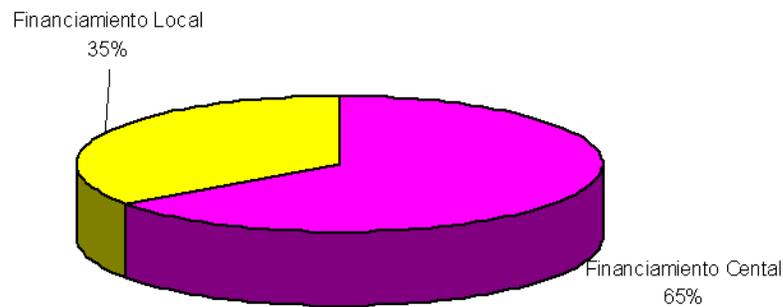
Cuando se crean plazas mediante el mecanismo de financiamiento local, la Unidad solicitante aporta los presupuestos que se tienen destinados en el nivel local para el pago de las modalidades antes señaladas. Así las cosas, la creación de plazas viene a modificar simplemente la modalidad del pago por la función realizada; es decir, el servicio ya se prestaba con anterioridad y lo que se modifica es la forma de pago, cambiando el pago de tiempo extraordinario por tiempo ordinario.

Esto significa que la creación de códigos con financiamiento local, no representa ninguna modificación a la producción que ya ha venido generando el establecimiento de salud, pero sí debe generar una reducción en el pago de tiempo extraordinario. En este sentido, es importante aclarar que la creación de plazas por tiempo extraordinario, no elimina del todo ese rubro.

Para la planificación y el ordenamiento de la creación de códigos nuevos mediante esta modalidad de financiamiento local, la Gerencia Médica, en conjunto con la Dirección de Presupuesto, definió un procedimiento, así como los parámetros de inclusión y aprobación, de manera que se garantice la utilización óptima de los recursos destinados a este fin. Por lo tanto, las Unidades solicitantes deben cumplir con el procedimiento previo a la valoración de su inclusión y aprobación de plazas nuevas en esta modalidad.

Del total de plazas asignadas a las Unidades adscritas a la Gerencia Médica en el período 2006-2010, el 65% (5.628 plazas) correspondió a códigos creados con financiamiento central, mientras que el restante 35% (3.034 plazas) fueron creadas con financiamiento local.

Distribución porcentual de las plazas asignadas a las Unidades adscritas a la Gerencia Médica, según tipo de financiamiento. Período 2006-2010



Fuente: DPSS, elaboración propia con información de la Dirección de Presupuesto.

Para efectos de detallar la distribución de las plazas asignadas por tipo de perfil, se identifican dos servicios: clínicos y administrativos.

Los Servicios Clínicos son aquellos cuyos recursos humanos tienen relación con la atención directa a los usuarios y están conformados por los grupos ocupacionales de Enfermería, Médicos, Farmacia, Registros y Estadísticas de Salud (REDES), Profesionales, Técnicos y Auxiliares clínicos, recursos de Laboratorio Clínico, Odontología y Nutrición.

Por su parte, los Servicios Administrativos son los que se relacionan de forma indirecta con la prestación de los servicios de salud, pero que, al igual que los recursos humanos de los servicios clínicos, son fundamentales para brindar una atención de calidad. Están integrados por los grupos ocupacionales de profesionales, técnicos y auxiliares administrativos, Servicios Generales (limpieza, vigilancia, transportes), Ingeniería y Mantenimiento, Centro de Gestión Informática (CGI), Lavandería y Ropería.

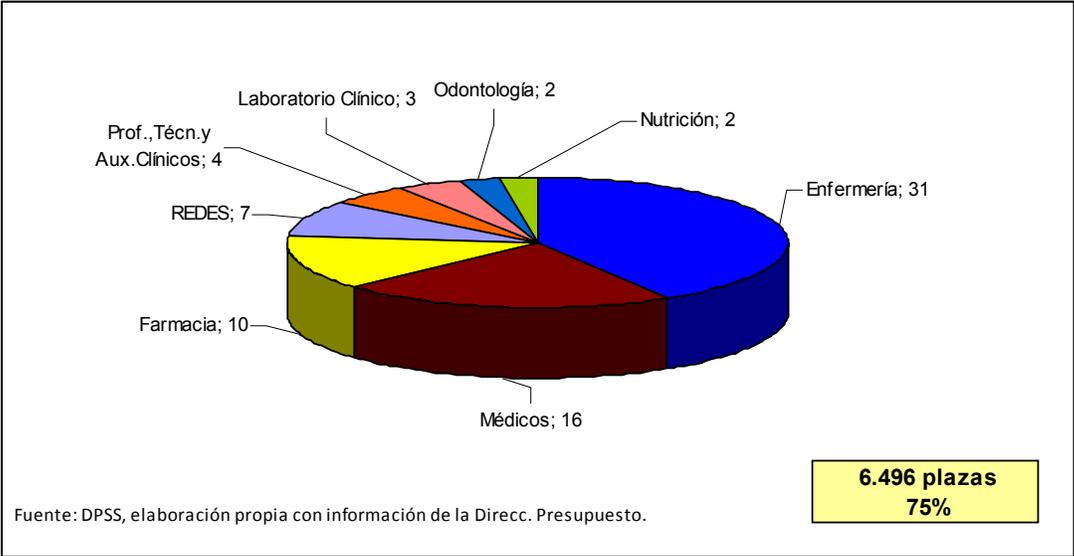
***Distribución relativa y porcentual de las plazas asignadas por servicio,
según grupo ocupacional. Período 2006-2010***

Grupo de Puestos	Cantidad	Porcentaje
Servicios clínicos	6.496	75
Enfermería	2.699	31
Médicos	1.394	16
Farmacia	892	10
REDES	564	7
Profesionales, Técnicos y auxiliares clínicos	351	4
Laboratorio Clínico	271	3
Odontología	167	2
Nutrición	158	2
Servicios Administrativos	2.166	25
Profesionales, Técnicos y auxiliares administrativos	957	11
Servicios Generales	781	9
Ingeniería y Mantenimiento	214	2
Centro de Gestión Informática	114	1
Lavandería y Ropería	100	1
Total	8.662	100

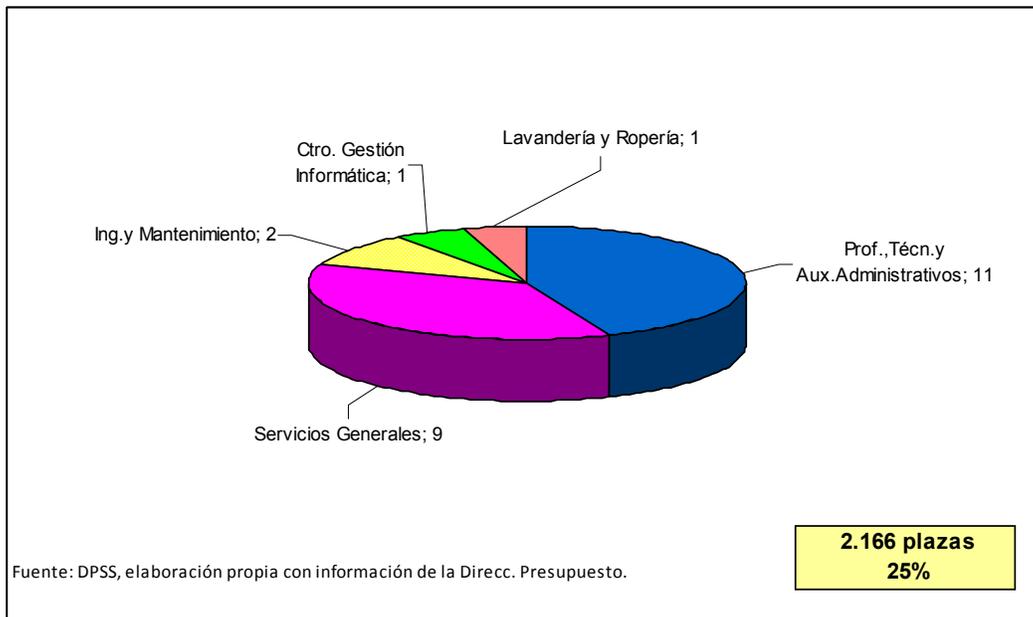
Fuente: DPSS, elaboración con información de la Dirección de Presupuesto.

Los grupos que conforman los Servicios Clínicos representaron el 75% del total de plazas asignadas en el período de estudio (6.496 plazas), mientras que los grupos de los Servicios Administrativos corresponden al restante 25% (2.166 plazas).

***Distribución porcentual de las plazas asignadas a los Servicios Clínicos,
por grupo ocupacional. Período 2006-2010***



***Distribución porcentual de las plazas asignadas a los Servicios Administrativos,
por grupo ocupacional. Período 2006-2010***



Respecto a la distribución de las plazas nuevas en las diferentes unidades, el mayor porcentaje de códigos fue asignado a los Hospitales Nacionales, Hospitales Especializados y Centros Especializados (31%), dado que éstos constituyen los establecimientos con el mayor volumen de camas y servicios hospitalarios de la mayor complejidad del país.

Seguido de la Región Central Norte (21%) y de la Región Central Sur (11%), que conforman las dos Regiones con la mayor cantidad de establecimientos de salud en el I y II Nivel de Atención.

A la Gerencia Médica y Direcciones de Sede le correspondió el 9%, donde destacan los códigos requeridos para la formación de médicos, odontólogos y psicólogos especialistas, por cuanto como estrategia gerencial se tiene que, mientras estos funcionarios están en proceso de formación, se encuentran nombrados en códigos temporales, que pertenecen al CENDEISS. Estos códigos constituyen 564 de un total de 786 plazas asignadas en el período de estudio, que representan un 72%.

El porcentaje restante se distribuyó entre las Regiones Chorotega (7%), Brunca y Huetar Atlántica con 6% cada una y las Regiones Pacífico Central y Huetar Norte, con 5% y 4%, respectivamente.

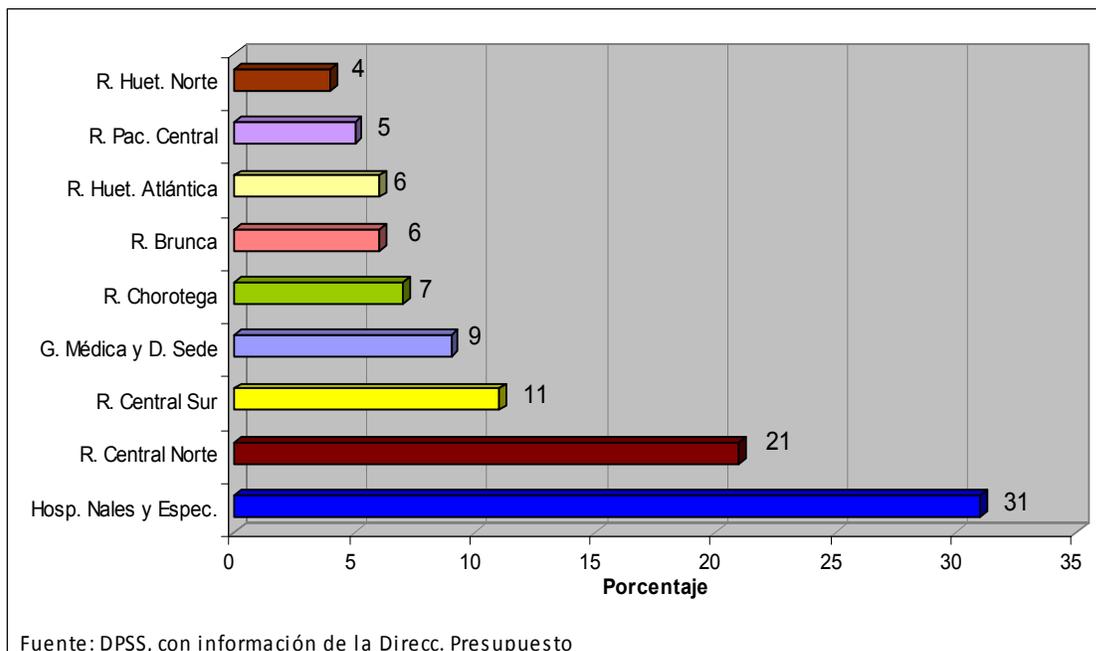
***Distribución relativa y porcentual de las plazas asignadas por grupo de establecimientos.
Período 2006-2010***

Grupo	Cantidad	%
Hospitales Nacionales y Especializados. Centros Especializados	2.677	31
Región Central Norte	1.824	21
Región Central Sur	954	11
G. Médica y Direcc. Sede	786	9
Región Chorotega	627	7
Región Brunca	520	6
Región Huetar Atlántica	476	6
Región Pacífico Central	461	5
Región Huetar Norte	337	4
TOTAL	8.662	100

Fuente: DPSS, elaboración propia con información del Área de Formulación de Presupuesto, Gerencia Financiera.

Distribución porcentual de las plazas nuevas, por grupo de establecimientos.

Período 2006-2010



Un aspecto relevante de la utilización de las plazas asignadas el período 2006-2010, se refiere a aquellos recursos creados para:

El fortalecimiento de la prestación de servicios en el I Nivel de atención

Con el fin de continuar con el fortalecimiento de los servicios en el I Nivel de atención, se asignó un total de **2.710 códigos nuevos** para completar el recurso humano de los Equipos Básicos de Atención Integral en Salud (EBAIS) y Equipos de Apoyo, que representan un 31% del total de plazas asignadas en el período de estudio. De estas plazas, al menos 2.037 corresponden a recursos para la conformación de EBAIS y Equipos de Apoyo en el I Nivel, así como para el fortalecimiento de las Áreas de Salud con II Nivel; corresponden además a la apertura de nuevos servicios en las Áreas de Salud (por ejemplo: Farmacia en el Área de Salud Cartago).

Plazas de Enfermería

Enfermería constituye el grupo mayoritario, por lo que resulta relevante consignar la asignación de códigos nuevos. En el período 2006-2009 se otorgó un total de 2.699 plazas con perfil de Enfermería; esta cantidad corresponde al 31% del total de plazas otorgadas a las Unidades adscritas de la Gerencia Médica y se distribuyó en los siguientes perfiles:

- Enfermeras Profesionales
- Auxiliares de Enfermería
- Asistentes de Pacientes
- Auxiliares de Quirófano
- Asistentes de Centro de Equipos
- Asistentes Técnicos de Atención Primaria

Este grupo incluye un importante contingente de códigos nuevos, creados para reducir el rezago en la asignación de los recursos humanos y en cumplimiento de la reglamentación vigente en la

cual la Institución se compromete a otorgar plaza vacante a los estudiantes que finalicen el proceso de formación de Auxiliar de Enfermería y Asistente Técnico de Atención Primaria (ATAP).

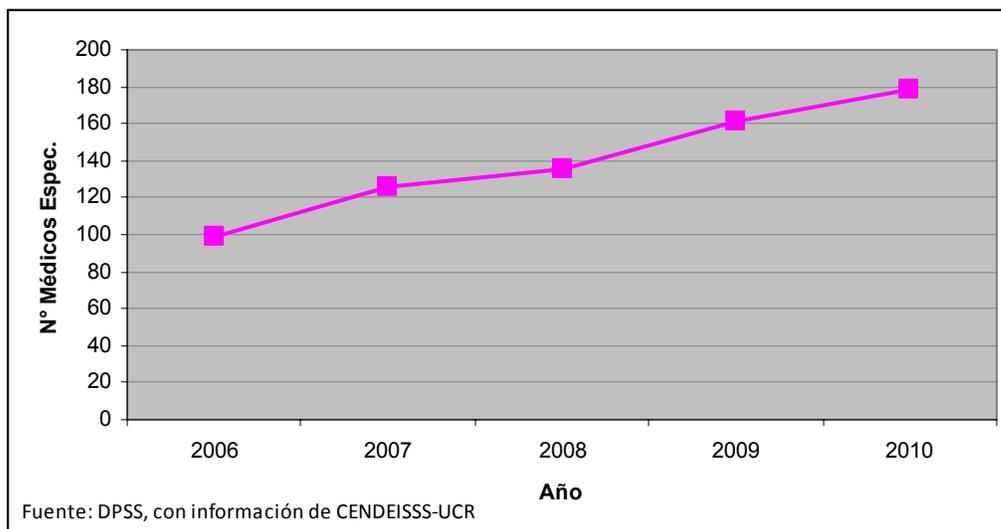
Plazas Médicas

Respecto a este grupo profesional, en el período 2006-2010 se otorgó un total de 1.394 códigos nuevos de profesionales médicos, los cuales fueron distribuidos en las Unidades adscritas a la Gerencia Médica. Este grupo incluye médicos generales, especialistas y médicos con funciones administrativas.

También se incluye un importante grupo de plazas para cumplir con la normativa Institucional respecto al otorgamiento de plaza vacante a aquellos médicos que finalizan su especialidad y otros requerimientos de las Unidades prestadoras de los servicios de salud. En este sentido, en el período 2000-2011, se graduaron 1.579 médicos especialistas, mientras que en el período 2006-2010, se graduaron 700 médicos especialistas.

Se anexan a este informe los estudios de médicos especialistas que se realizaron durante mi periodo en la Gerencia Médica: ***“Necesidades de Especialistas Médicos para la Caja Costarricense de Seguro Social Proyección: 2006-2017”*** y ***“Estudio de necesidades de especialistas médicos, actualización diciembre 2010”***

Residentes Médicos egresados del Sistema de Estudios de Postgrado, 2006-2010



Asimismo, se asignó un total de 44 plazas que se crearon por fraccionamiento de códigos de 8 horas (en 4 horas), para cumplir con lo dispuesto en el Transitorio Cinco de Médicos, que se ejecutó en el año 2009.

Plazas de Farmacia

En el año 2008, como resultado de una negociación entre el grupo sindical, Ministerio de Salud, Colegio de Farmacéuticos y las autoridades gerenciales, se acordó el otorgamiento de un total de 545 de plazas con perfil de Farmacia, para el funcionamiento de los servicios de Farmacia en las Unidades, especialmente en las sedes de EBAIS desconcentrados.

Este grupo de plazas se daría en tres tractos: el primer tracto durante el año 2009, el segundo en el año 2010 y el tercer tracto se daría en el año 2011, según se describe a continuación:

Distribución de plazas de Farmacia a asignar, por tipo de perfil, según tracto.

Período 2009-2011

REGIÓN	PRIORIDAD 2009			PRIORIDAD 2010			PRIORIDAD 2011		
	F	T	M	F	T	M	F	T	M
Central Norte	19	24	15	12	26	14	12	8	3
Central Sur	13	16	8	13	15	8	12	14	8
Huetar Norte	8	9	2	13	5	2	13	13	2
Huetar Atlántica	8	5	4	15	14	12	15	17	11
Pacifico Central	10	3	8	4	1	2	3	0	0
Chorotega	10	8	11	4	0	1	5	3	12
Brunca	7	5	4	13	3	7	13	0	0
TOTAL	75	70	52	74	64	46	73	55	36

Fuente: Dirección de Red de Servicios de Salud.

F= Farmacéutico T= Técnico M= Mensajero

En el año 2009 y 2010 se otorgaron **282 plazas**, que constituyen el 75% de lo pactado para esos años (381 plazas). No ha sido posible la asignación total, debido a las limitaciones económicas Institucionales. No obstante, se ha realizado un esfuerzo importante para el fortalecimiento de los servicios, incluyendo la ejecución de estrategias alternativas, como la contratación de mensajería a Correos de Costa Rica en algunos lugares del país (Los Santos y Región Brunca).

Además, se han asignado a los establecimientos de salud, plazas nuevas adicionales a las mencionadas, para el fortalecimiento del Servicio de Farmacia, según prioridad establecida. En total se crearon 892 plazas con perfil de Farmacia, que incluyen: Profesionales en Farmacia (Farmacéuticos), Técnico de Salud en Farmacia (1,2,3), Auxiliar de Farmacia, Técnico de Proveeduría en Farmacia y Mensajero.

Plazas de Técnicos en Salud

En las últimas décadas se produjo un rezago significativo de estos recursos, por cuanto no se disponía de la formación y capacitación. En los últimos años la Institución realizó las gestiones con las instituciones formadoras, a fin de garantizar la formación de un conjunto de Técnicos en Electroencefalografía, Electrocardiografía, Urología, Disección, Histotecnología y Citotecnología, lográndose la dotación de al menos 114 plazas en el período de estudio (2006-2010), donde destacan los siguientes recursos:

Plazas asignadas con perfil de Técnico Clínico, por tipo. Período 2006-2010

Grupo Técnico	Cantidad
Radiología	42
Electroencefalografía	19
Radioterapia	16
Ortopedia	11
Disección	5
Electrocardiografía	4
Urología	4
Audiometría	3
Gastroenterología	3
Hemodinamia	2
Fisioterapia	2
Terapia Respiratoria	1
Radiofarmacia	1
Histología	1
Total	114

Fuente: DPSS, elaboración con información de la Direcc. de Presupuesto.

Estos recursos son fundamentales como apoyo para la prestación de servicios de salud y para el reforzamiento de los servicios de Anatomía Patológica.

En el año 2011 se están asignando los códigos correspondientes a la formación de técnicos en Urología (27 plazas) e Histotecnología (24 plazas), entre otros.

Plazas para el reforzamiento de la atención de la Pandemia por Influenza AH1N1

Con el fin de reforzar la atención de las personas, ante la pandemia de Influenza AH1N1, en el año 2009 la Institución creó un total de 227 plazas, las cuales fueron distribuidas en los centros de salud de cada una de las Regiones del país, así como en los Hospitales Nacionales y Especializados.

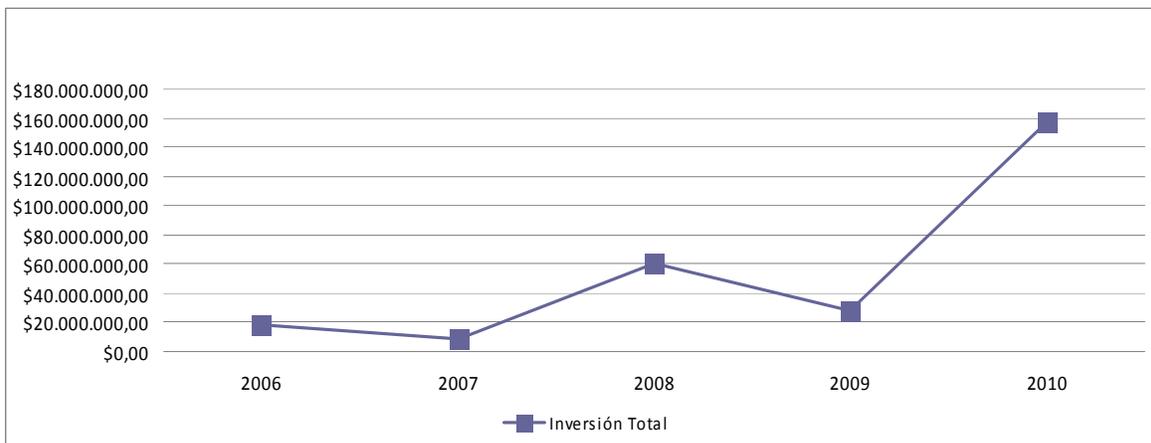
Una vez concluida la emergencia presentada, la Gerencia Médica realizó la distribución definitiva de dichos recursos en las Unidades a lo largo del territorio nacional, a fin de fortalecer la prestación de los servicios según necesidades identificadas, así como para el desarrollo y puesta en marcha de las Unidades Centinelas y Unidades de Vigilancia Epidemiológica en cada una de las siete Regiones de Salud.

Inversiones en mejora de la infraestructura y equipamiento

En el período 2006-2010, la Institución realizó una importante inversión económica destinada a la mejora de la infraestructura y equipamiento de los establecimientos de salud, que suma aproximadamente US \$272.542.441,00, cuyo mayor monto se dio en el año 2010.

Inversión total en infraestructura y equipamiento, por año. CCSS

2006-2010



Fuente: DAI, DAPE, DEI, Direcciones Regionales de Servicios de Salud. Consulta octubre 2010-agosto 2011.

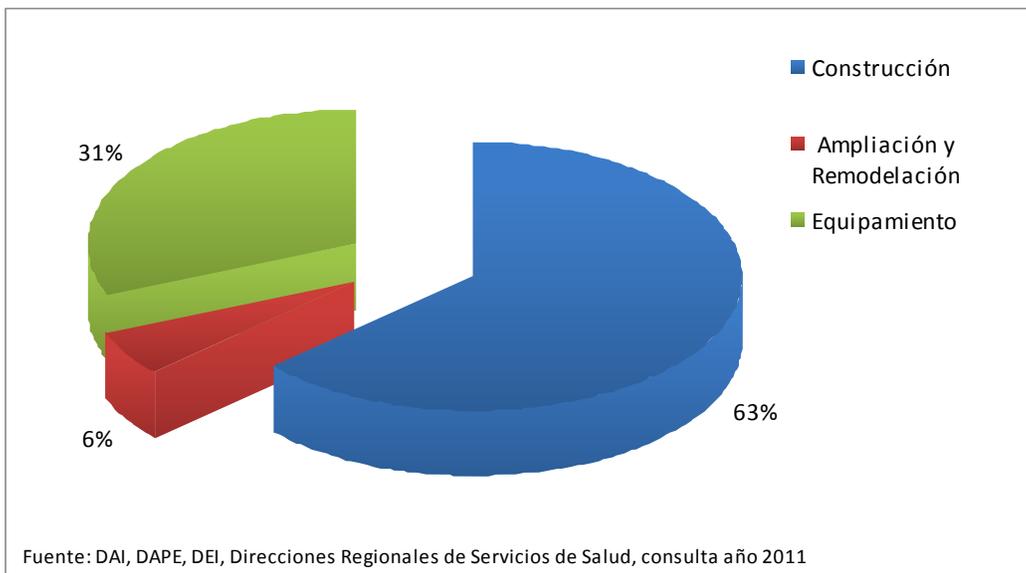
El monto total de inversión se distribuyó de la siguiente manera³:

Equipamiento	Construcción	Remodelación/Ampliación	TOTAL
\$83.649.723,91	\$172.052.796,29	\$16.839.920,81	\$272.542.441,00
¢42.577.709.471,02	¢87.574.873.310,59	¢8.571.519.689,91	¢138.724.102.471,53
31%	63%	6%	100%

³La estimación es aproximada, pues faltaron algunas Unidades de brindar información (Regiones Huetar Atlántica y Central Sur).

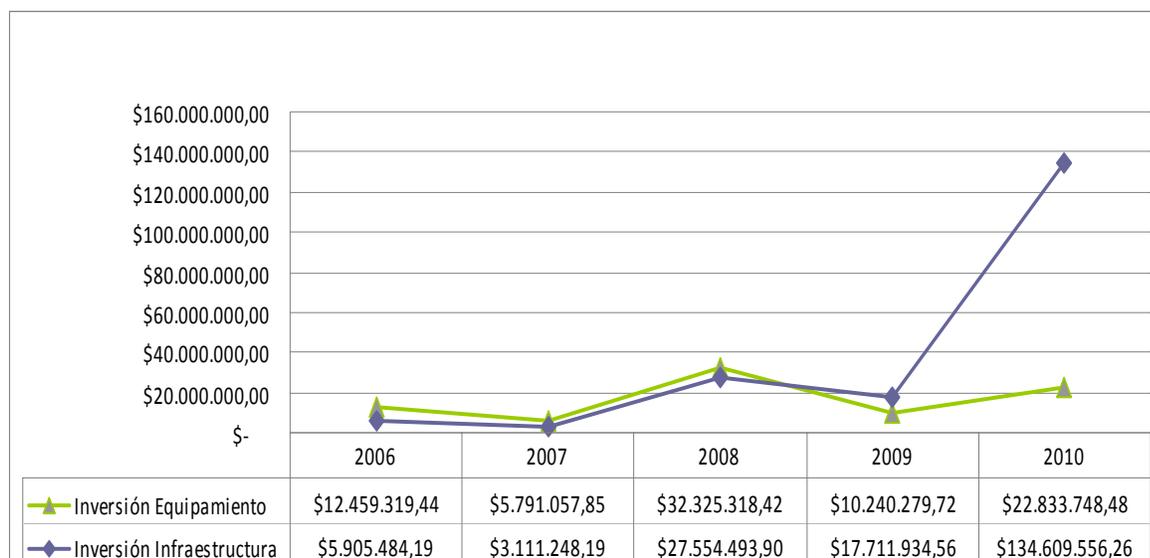
Como se puede apreciar, el mayor rubro de la inversión correspondió a las construcciones, que representó un 63%, seguido del equipamiento con un 31%. El restante 6% de la inversión correspondió a las obras de remodelación y/o ampliación.

***Distribución porcentual de la inversión en infraestructura y equipamiento.
CCSS, 2006-2010***



Respecto a la distribución de los montos de inversión en el período de estudio (2006-2010), en cuanto a la infraestructura, el mayor monto se ejecutó en el año 2010, mientras que en equipamiento el mayor monto correspondió al año 2008.

**Distribución de la inversión en infraestructura y equipamiento, por año.
CCSS, 2006-2010**

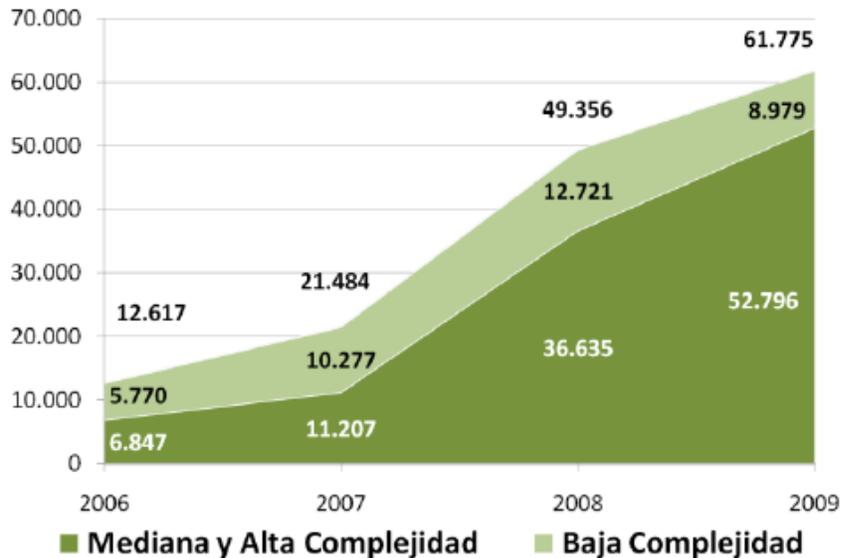


Fuente: DPSS, elaboración con información de la DAI, DAPE, DEI y Direcciones Regionales.

Inversión total según complejidad

Las inversiones en proyectos de baja, mediana y alta complejidad de la Institución, han ido incrementándose en forma acelerada en el período 2006-2009, pasando de 12.617 millones de colones en el 2006 a 61.775 millones de colones en el año 2009, lo cual representa una inversión acumulada de 132.615 millones de colones entre el 2007 y 2009.

**CCSS: Evolución de las Inversiones en
Infraestructura y Tecnología
Período 2006-2009
Millones de colones**



Fuente: Gerencia de Infraestructura y Tecnología. Principales Logros Plan Estratégico Institucional 2007-2010.

“Tales inversiones van dirigidas a la implementación de estrategias de mejoramiento y la ampliación de la infraestructura y las tecnologías de información y comunicaciones, que favorece las Unidades de Salud del primer, segundo y tercer nivel de atención, apoyando de esta manera el aumento en la capacidad resolutive en toda la red de servicios.

Asimismo, los proyectos de infraestructura consideran la adopción de modelos arquitectónicos más amigables con el ambiente, más confortables y con distribuciones funcionales, incluyendo avances tecnológicos, para ir corrigiendo obsolescencias tecnológicas y de planta física, así como el lineamiento estratégico enfocado a la implementación de la “Política de Hospital Seguro”. De esta manera se tiene el Programa de Accesibilidad Física, Vulnerabilidad Sísmica y Seguridad Contra Incendios y Explosiones.”⁴.

⁴CCSS, Gerencia de Infraestructura y Tecnología. Principales logros Plan Estratégico Institucional 2007-2010. Año 2010

Entre algunos de los proyectos más relevantes, se citan los siguientes:

a) Remodelaciones y ampliaciones, que contribuyen al bienestar de los usuarios y personal de salud y a mejorar condiciones de seguridad humana, tales como:

- Rehabilitación del Servicio de Hemodinamia del Hospital Calderón Guardia.
- Demolición y Restitución de Parasoles de Hospital Monseñor Sanabria.
- Remodelación y ampliación de la Consulta externa del CENARE.
- Remodelación y Ampliación del Servicio de Urgencias del Hospital de Guápiles.
- Remodelación y ampliación de los Quirófanos del Hospital de Guápiles.
- Remodelación y/o ampliación de al menos 80 Sedes de EBAIS y Sedes de Áreas de Salud, distribuidos en las 7 Regiones de Salud del país.

b) Construcción y equipamiento de nueva infraestructura, para la ampliación de la oferta de servicios de salud:

- Construcción y equipamiento del Área de Salud Puriscal-Turubares.
- Construcción y equipamiento del Nuevo Hospital San Vicente de Paúl.
- Construcción y equipamiento del Servicio de Diagnóstico por Imágenes de Resonancia Magnética del Hospital Calderón Guardia.
- Construcción y equipamiento del Edificio A, Hospital de las Mujeres Dr. Adolfo Carit Eva.
- Construcción y equipamiento del Ala Sur del Hospital Nacional de Geriátrica y Gerontología Dr. Raúl Blanco Cervantes.
- Construcción y equipamiento del Hospital Dr. Tomás Casas Casajús.
- Construcción y equipamiento de las Zonas 9,10 y 11 del Hospital Dr. Enrique Baltodano B.
- Construcción y equipamiento de la Sede del Área de Salud de Alajuelita.
- Construcción y equipamiento del CAIS de Cañas.

** Se aporta documento denominado "Informe de recursos asignados a las unidades adscritas a la Gerencia Médica Periodo 2006-2010", como anexo a este informe.*

Proyectos financiados a través del fondo de fortalecimiento del primer nivel de atención. Años 2010 y 2011.

2010			
Proyecto	Estado		Descripción del proyecto
TERRENO SAN RAMON	Compra	Concluido	Terreno para Ebais
Ebais Parismina	Construcción	Concluido	EBAIS Completo
China Kicha, EBAIS	Construcción	Concluido	EBAIS Completo
Ebais de Colorado Sur	Construcción	Concluido	EBAIS Completo
A.S. PURISCAL	Construcción	Concluido	EBAIS Completo
A.S. CORREDORES	Construcción	Concluido	EBAIS Completo
A.S. GOLFITO	Remodelación	Concluido	Remodelación Proveeduría
TERRENO EN CEDRAL	Compra	Concluido	Terreno para Ebais
A.S. HEREDIA (SAN BERNARDO)	Construcción	Concluido	Centro de Visita Periódica
EBAIS TORTUGUERO	Construcción	Concluido	EBAIS Completo
EBAIS COLORADO NORTE	Construcción	Concluido	Centro de Visita Periódica
A.S. SANTA CRUZ	Remodelación	Concluido	Remodelación Sede del Area
A.S. MORAVIA	Remodelación	Concluido	Remodelación Servicios de Apoyo
A.S. GUARCO	Remodelación	Concluido	Remodelación Servicio de Laboratorio
A.S. GOICOECHEA 2	Remodelación	Concluido	Remodelación Servicio de Farmacia
A.S. ESPARZA	Remodelación	Concluido	Remodelación Servicio de Laboratorio
A.S. HOJANCHA	Remodelación	Concluido	Cometida Eléctrica
A.S. FLORENCIA (LA PALMERA)	Remodelación	Concluido	EBAIS Completo
A.S. FORTUNA (La Tigra)	Remodelación	Concluido	EBAIS Completo
A.S. FORTUNA (MONTERREY)	Remodelación	Concluido	Remodelación EBAIS Monterrey
MALLA PERIMETRAL TARCOLES Y LAGUNILLAS	Remodelación	Concluido	Remodelación Centros de visita periódica
2011			
Proyecto	Financiamiento		Descripción del Proyecto
Area de Salud de Osa, Serv de Apoyo	Remodelación	C.C.S.S.	Remodelación Servicio de Laboratorio
Area de Salud de Osa, Bodegón	Remodelación	C.C.S.S.	Remodelación Servicio de Urgencias
Area de Salud de Golfito, Rio Claro	Remodelación	C.C.S.S.	Remodelación Sede del Area
Area de Salud de Golfito, Sierpe	Remodelación	C.C.S.S.	remodelación Centro de visita periódica
Area de Salud de Corredores, Fincas	Construcción	Fodesur	EBAIS Completo
Area de Salud de Corredores, Villa Luz	Construcción	Fodesur	EBAIS Completo
Area de Salud de Coto Brus	Construcción	C.C.S.S.-Cooperac	EBAIS Completo
EBAIS Alamedas	Construcción	C.C.S.S.	EBAIS Completo
EBAIS San Andrés	Construcción	C.C.S.S.	EBAIS Completo
EBAIS Rio Nuevo	Construcción	C.C.S.S.	EBAIS Completo
EBAIS San Pedro-Pérez Zeledón	Construcción	C.C.S.S.	EBAIS Completo
EBAIS Las Fincas, Corredores	Construcción	C.C.S.S.	EBAIS Completo
Rampa San Isidro de Heredia, Rampa	Remodelación	C.C.S.S.	Remodelación Sede del Area
Area de Salud Florencia, Laboratorio	Remodelación	C.C.S.S.	Remodelación Servicio de Laboratorio
Terreno de Santa Rosa de Pocosol	Compra	C.C.S.S.	Terreno para tanque séptico Sede del Area
Area de Salud de Aguas Zarcas, bodega	Remodelación	C.C.S.S.	Remodelación para proveeduría
Area de Salud de Guatuzo, Katira	Remodelación	C.C.S.S.	Remodelación Centro de visita periódica
Area de Salud de Florencia, Santa Clara	Remodelación	C.C.S.S.	Remodelación Centro de visita periódica
Area de Salud de Los Chiles, Coquital	Remodelación	C.C.S.S.	Remodelación Centro de visita periódica
Area de Salud de Naranjo, San Juanillo	Remodelación	C.C.S.S.	Remodelación Centro de visita periódica
Area de Salud de La Cruz, Santa Cecilia	Remodelación	C.C.S.S.	Remodelación EBAIS
Area de Salud de La Cruz, Cabo Blanco	Remodelación	C.C.S.S.	Remodelación EBAIS
Area de Salud de Heredia Cubujuqui	Remodelación	Pendiente	Traslado de la Sede del Area

A finales del año 2006 la Gerencia Médica, posterior a la revisión de la Política Presupuestaria 2007, conoce que existe un fondo destinado para el fortalecimiento de primer nivel de atención, sobre todo para el desarrollo de proyectos de baja complejidad en materia de infraestructura, fondo que en años anteriores no se estaba utilizando, por desconocimiento, de la política.

Desde ese momento, inicia el despacho gerencial conjuntamente con las Direcciones Regionales la labor de determinar las necesidades en las regiones de proyectos de este tipo y su priorización respectiva, para así poder asignar en forma efectiva el financiamiento, se describe en la tabla súper expuesta, los proyectos concluidos para el año 2010 y los que se están financiando para el 2011.

Equipos

A continuación se describen algunos equipos relevantes que se adquirieron en el período 2006-2010, para mejorar la calidad de la prestación de los servicios de salud, Estos no representan la totalidad de los equipos adquiridos, pero sí representan un importante porcentaje del monto total de la inversión económica realizada.

- Plantas Eléctricas para diversas Unidades: Área de Salud de Guápiles, Área de Salud San Rafael-Chomes-Monteverde, Área de Salud Carrillo, Área de Salud Tilarán, Área de Salud Guatuso, Hospital de Los Chiles.
- Equipos de Rayos X con Fluoroscopía: Área de Salud Goicoechea 2, Hospital de San Carlos,
- Unidades de Criocirugía Oftalmológica, Facoemulsificadores y Sistema Endoláser de Microcirugía para Clínica Oftalmológica.
- Sistemas de Autoclaves para diversos Hospitales.
- Máquinas Procesadoras de Rayos X para Áreas de Salud y Hospitales.
- Máquinas de Hemodiálisis para Hospital México, Hospital San Juan de Dios.

- Tomógrafos Helicoidales, Hospital México, Hospital Calderón Guardia y Hospital San Juan de Dios.
- Acelerador Lineal Hospital México.
- Equipos de Rayos X portátiles para diversas Unidades (Áreas de Salud y Hospitales).
- Unidades Odontológicas para Áreas de Salud.
- Ventiladores Pulmonares (Hospital Calderón Guardia, Hospital Max Peralta, Hospital Enrique Baltodano, Hospital de Golfito, Hospital Carlos Luis Valverde Vega, Hospital Nacional de Niños, entre otros).

Evaluación de la Calidad del Proceso de Atención Hospitalaria

Guías Clínicas y Protocolos

Diferentes grupos de expertos de la Gerencia Médica trabajaron en estos últimos cinco años en la elaboración de Guías de Atención, Guías de Práctica Clínica y Protocolos de Atención, instrumentos indispensables para mejorar la calidad de la atención de las personas.

Hay que recordar que la razón principal para la existencia de las Guías o Protocolos, es contar con términos de referencia o parámetros que permitan valorar la calidad de la atención que se ofrece. La práctica de atención a las personas es variable, tanto en la utilización de los recursos de salud como en los resultados obtenidos, atribuibles a las diferencias en la oferta de servicios y a la disparidad en la prestación de los mismos.

Las guías de atención y sus respectivos protocolos, permiten resolver este tipo de variabilidad, ya que definen la secuencia, duración y responsabilidad de cada equipo o proveedor, para la atención a las personas; esto optimiza las actividades del personal de los servicios, en el abordaje de los problemas o situaciones de salud, con lo que se logra mejorar la utilización del tiempo, de los recursos y mejorar la calidad de la atención.

La Guía de Práctica Clínica

Las Guías de Práctica Clínica son documentos esencialmente orientadores, que resumen la mejor evidencia disponible, sobre la efectividad de las intervenciones utilizadas en el manejo de un problema o situación de salud. Este documento puede ser la base para elaborar una guía de atención

El método principal de estas son las “Revisiones Sistemáticas de la Literatura”. Con frecuencia incluyen una calificación de la calidad de la evidencia que apoya cada recomendación.

Norma de Atención

La norma de atención contiene información semejante a una guía de atención o una guía de práctica clínica, pero esta tiene carácter impositivo a nivel del país y debe ser cumplida por todo centro de salud, público o privado. En Costa Rica es el Ministerio de Salud el encargado de emitir las normas nacionales.

Protocolos

Los protocolos son instrumentos de aplicación, de orientación, eminentemente práctica, que pueden o no resumir los contenidos de una Guía de Práctica Clínica o Guía de Atención.

Guía de Atención

Las Guías de Atención son un instrumento que contiene los lineamientos técnicos para la atención, orientan al personal de los servicios y se aplican a las personas que presentan un determinado problema o situación de salud, con un enfoque de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación en la red de Servicios de Salud de la Caja Costarricense de Seguro Social. Se construyen con base en la metodología de gestión de procesos.

Aseguran la calidad de las intervenciones en salud y define la secuencia y el cuidado que se debe tener al proporcionar la atención.

No existe una política como tal para la elaboración e implementación, sino una “Metodología para la elaboración de guías de atención y protocolos “, la lista de guías elaboradas y oficializadas en el periodo que me desempeñe como Gerente son:

- 1) GO_ (RESUMEN) Guía de capacitación para personal de los servicios de nutrición hospitalarios
- 2) GO_ Guía alimentación en diabetes
- 3) GO_ Guía Asma Niños
- 4) GO_ Guía atención asma bronquial en adultos y adultos mayores en 1er nivel
- 5) GO_ Guía atención clínica diarreas 2009
- 6) GO_ Guía atención post aborto
- 7) GO_ Guía atención prenatal, parto y post parto
- 8) GO_ Guía atención psicológica a ptes con vih_sida
- 9) GO_ Guía bioseguridad
- 10) GO_ Guía Bronquiectasias
- 11) GO_ Guía de atención de trabajo social para el abordaje de la Tuberculosis en Costa Rica 2008
- 12) GO_ Guía manejo BN
- 13) GO_ Guía manejo BQL
- 14) GO_ Guía manejo de dengue 2009
- 15) GO_ Guía metodológica para el curriculum vitae en los concursos de

microbiología y química clínica 2002

- 16) GO_ Guía operativa para abordaje integral pacientes durante pandemia influenza aviar
- 17) GO_ Guía para atención de hipertensión arterial
- 18) GO_ Guía para atención de las personas diabéticas tipo 2
- 19) GO_ Guía para conserjería en VIH-sida
- 20) GO_ Guía para detección, diagnóstico y tratamiento de dislipidemias
- 21) GO_ Guía para enseñanza de diabetes mellitus
- 22) GO_ Guía para formación y manejo de grupos de adultos mayores
- 23) GO_ Guía para vigilancia de factores de riesgo STEPS 2009
- 24) GO_ Guías para abordaje integral del síndrome respiratorio severo agudo (SARS)
- 25) GO_ Guías técnicas para manejo de bancos de leche
- 26) GO_ Neumonía Pal Guías mofidicada1

Las guías terminadas y no oficializadas son:

- 1) GSO_ Guía 2 Jefaturas Inducción Talento Humano 2008
- 2) GSO_ Guías atención patología quirúrgica del sistema digestivo(ver detalle patologías en hoja Excel adicional)
- 3) GSO_ Guía 1 para jefaturas de Trabajo Social
- 4) GSO_ Guía de atención integral niñas, niños y adolescentes agredidos

- 5) GSO_ Guía de práctica clínica para tratamiento cáncer de mama
- 6) GSO_ Guías para atención de pacientes con problemas ORL (ver detalle patologías en hoja Excel adicional)
- 7) GSO_ Guías para atención de pacientes con problemas ortopédicos (ver detalle patologías en hoja Excel adicional).

Estrategia Multimodal Higiene de Manos “Atención Limpia es Atención Segura”

Importante durante mi gestión asumir el reto de la atención segura y es por ello que conjuntamente con el Dr. Orlando Urroz y su equipo, iniciamos la labor que hoy día es una realidad a través del programa “Atención limpia es atención segura”.

Se benefician todos aquellos usuarios que de alguna u otra forma deben asistir a los diferentes centros médicos de la red hospitalaria de la CCSS, en busca de una atención segura, en cuanto al cumplimiento de la Normas Seguras de Higiene de Manos. Así como el personal de salud que laboran en los diferentes centros de atención donde se ha implementado la Estrategia de Higiene de Manos “Atención Limpia es Atención Segura”.

Objetivos Específicos planteados:

- Implementar la estrategia multimodal para el mejoramiento de la higiene de manos en los hospitales de la CCSS
- Mejorar el cumplimiento en la higiene de manos en todo el personal de salud.
- Fortalecer el conocimiento en higiene de manos de los trabajadores
- Firmar el compromiso por parte de los Directores Médicos de los centros médicos para la Implementación de la Estrategia Multimodal de Higiene de Manos.
- Gestionar por medio del Comité de Infecciones intrahospitalarias, la capacitación permanente a los equipos conductores.
- Apoyar en la asesoría para la formación de facilitadores de los centros médicos que ingresarán en la Estrategia de Higiene de Manos.
- Asegurar la sostenibilidad de la aplicación de la estrategia multimodal a nivel nacional

Es importante mencionar que desde el principio contamos con la ayuda incondicional de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), para el desarrollo de esta estrategia.

Resultados Esperados:

Noviembre del 2011. Los equipos conductores puedan contar con:

- Contar con evidencias de los diferentes centros implementados: datos estadísticos, evaluaciones del impacto en las infecciones intrahospitalarias, una vez que se implementó la estrategia.

Año 2012.

- Concluir con la implementación de la Estrategia Multimodal Higiene de Manos a los veinte nueve hospitales de la CCSS y la capacitación y educación técnica en los diferentes centros

Desarrollo del Proyecto

Actividades de Promoción del Proyecto Piloto “Atención Limpia Atención Segura”

- **12 junio del 2009.** Campaña Llamado Nacional Atención Limpia es Atención Segura en la cual se incorporaron los seis hospitales de la red: México, San Juan de Dios, Max Peralta de Cartago, San Rafael de Alajuela, Adolfo Carit y Hospital Nacional de Niños
- **23 al 25 noviembre del 2009.** X Foro Nacional Calidad y Seguridad del Paciente Presentación de los avances y perspectivas de la primera iniciativa Global OPS-OMS. Se incorporan en esta ocasión tres nuevos hospitales: Hospital Blanco Cervantes, Guápiles y San Vito.

Año 2010.

- **15 octubre del 2010. Campaña del “Lavado de Manos”.** Con la participación de Estudiantes de 50 estudiantes de las escuelas: La Gran Samaria y Juan Rafael Mora Porras, con el fin de reforzar las acciones para prevenir enfermedades a través de la implementación de Lavado de Manos.

Año 2011

- **24 de febrero del 2011** Firma del Compromiso por parte de los Directores Médicos y Administrativos de los nueve hospitales que ingresaran a partir de noviembre del 2011 con la estrategia: Dr. Enrique Baltodano Briceño, San Vicente de Paúl, Los Chiles, Monseñor Sanabria, Ciudad Neilly, Tony Facio Limón, Upala y La Anexión.

Estrategia Cirugía Segura – Salva Vidas

El objetivo principal de la implementación de esta estrategia es disminuir los riesgos evitables relacionados con las cirugías, con la sola aplicación de la Lista de Verificación de Prácticas Quirúrgicas Seguras.

Objetivos Específicos:

- Prevenir las infecciones de la herida quirúrgica.
- Procurar seguridad en la aplicación de la anestesia.
- Tener equipos quirúrgicos seguros.
- Realizar la medición de los servicios quirúrgicos con 5 estadísticas vitales.
- Incorporar en los compromisos de gestión un indicador (H-0000-05) que permita evaluar el cumplimiento del proyecto.

Resultados Esperados:

- Disminuir los sucesos adversos que pueda sufrir un paciente sometido a una cirugía.
- Asegurar los procedimientos quirúrgicos en los pacientes.
- Implementación de la Lista de Verificación de Prácticas Quirúrgicas Seguras (documento código 4-70-03-1610) en 26 hospitales de la CCSS.
- Evaluar y certificar anualmente a los centros hospitalarios en el cumplimiento del indicador H-0000-05 cirugía segura.
- Disminuir los costos de atención derivados de los eventos adversos cuando estos incrementan la estancia hospitalaria y requieran tratamientos y/o procedimientos adicionales a los pautados.

- Evaluar y certificar anualmente cada hospital donde se implementa la Lista de Verificación de Prácticas Quirúrgicas Seguras.

Resultados Obtenidos

- En la actualidad tenemos 26 hospitales de la CCSS que han implementado la Lista de Verificación de Prácticas Quirúrgicas Seguras.
- Contamos con 208 profesionales de salas de operaciones de los 26 hospitales, capacitados en el tema de seguridad del paciente y prevención de riesgos clínicos; así como en el tema de cirugía segura salva vidas.
- Se realizó en diciembre del 2010 la primera evaluación a los hospitales sobre la implementación de la “Lista” en todas las cirugías mayores y realizadas en sala de operaciones donde interactúan los tres profesionales (cirujano, anestesiólogo e instrumentista).
- Se prepara la segunda evaluación del período 2011, donde se evaluará el cumplimiento de la implementación, calidad del llenado, identificación de riesgos que fueron evitados con la sola aplicación de la lista de verificación y estrategias implementadas para evitar la recurrencia de los mismos.
- Los equipos gestores de salas de operaciones expondrán, en el Foro Nacional de Calidad y Seguridad en noviembre próximo, los resultados y experiencias obtenidas desde el año 2010, a través de poster o presentación, de tal forma que sirva de retroalimentación a los demás equipos.

Estrategia Transición del Niño-Adolescente-Adulto con enfermedades crónicas a otros niveles de atención de la CCSS.

Un tema bastante delicado y con visitas a la Junta Directiva en la administración 2006- 2010, de los padres de estos pacientes adolescentes con enfermedades crónicas que ameritan por su edad ser referidas del Hospital Nacional De Niños a otros establecimientos de atención de adultos de la Institución, hecho que no se estaba dando hasta antes de la implementación de este programa, el cual bajo la conducción del Dr. Orlando Urroz ha resultado un éxito.

Objetivo General:

Crear una plataforma de servicios que fortalezca el proceso de transición del hospital nacional de niños a los otros niveles de atención de la CCSS, con el fin de mejorar la calidad de vida de ésta población, por medio de una atención oportuna, adecuada y con calidez humana.

Objetivos Específicos:

- Caracterizar a la población de personas adolescentes con enfermedades crónicas, familiares, y/o cuidadores, que van a ser dados de alta definitiva del hospital nacional de niños.
- Plantear una estrategia para la transición de las personas adolescentes con enfermedades crónicas a otros niveles de atención de la institución, que garantice la continuidad de la atención según sus necesidades específicas.

Resultados Esperados:

- Diagnóstico de la problemática actual del proceso de transición niño adolescente adulto.
- Capacitación y sensibilización enfocadas a familiares, cuidadores y líderes adolescentes con enfermedades crónicas y al personal de salud.
- Formación de equipos interdisciplinarios responsables de la transición en cada hospital de la CCSS.
- Fortalecimiento de la asociación de pacientes por la seguridad de los pacientes
- Creación de una orquesta sinfónica en el HNN.
- Creación de la obra literarias un ángel ilumina el hospital nacional de niños por parte de los adolescentes lideres con enfermedades crónicas,

Diagnóstico de la problemática actual del proceso de transición niño adolescente adulto.

- Diseño de una base de datos de personas adolescentes con enfermedades crónicas, atendidas en el Hospital Nacional de Niños.

- Desde la Escuela de Ingeniería Industrial de la Universidad de Costa Rica, se han realizado investigaciones durante cuatro años sobre la problemática existente en transición con las personas adolescentes con enfermedades crónicas.
- Diagnóstico de los insumos utilizados por las personas con enfermedades crónicas que se desplazan desde lugares lejanos hasta el Hospital Nacional de Niños para retirar materiales y/o medicamentos que se podrían distribuir en el establecimiento de la institución más cercano al usuario.
- Desarrollo de un plan piloto con los hospitales México y San Juan de Dios.

Capacitación y sensibilización enfocados a familiares, cuidadores y líderes adolescentes con enfermedades crónicas y al personal de salud.

- Socialización y sensibilización con la Dirección de Redes de Servicios de Salud, Direcciones Regionales: Dirección Central Sur, Dirección Brunca, Dirección Huetar Norte.
- Socialización y sensibilización con las Cabezas de Red: Cabeza de Red Hospital México, Hospital Calderón Guardia y Hospital Tony Facio.
- Talleres enfocados a familiares, cuidadores y líderes adolescentes con enfermedades crónicas con el fin de promover el empoderamiento, liderazgo y cultura de autocuidado.
- Creación de una orquesta sinfónica en el HNN con la participación de 35 personas adolescentes con enfermedades crónicas
- Creación de obras literarias Un ángel ilumina el Hospital Nacional de Niños, con la participación de 42 personas adolescentes con enfermedades crónicas.

Formación de equipos interdisciplinarios responsables de la transición en cada hospital

- Charlas en los Hospitales para sensibilizar a las Gerencias Locales de la importancia del Proceso de Transición.

RESULTADOS OBTENIDOS

- Definición de un protocolo o marco operativo construido en conjunto con un hospital de adultos.

- Diseño de una base de datos de personas con enfermedades crónicas, atendidas en el Hospital Nacional de Niños, teniendo en cuenta variables que recopilan la información de inclusión en la comunidad, escolar, adecuada transición y continuidad de la atención de la salud y adherencia al tratamiento.
- Desarrollo de un plan piloto con el Hospital México y su red de referencia.
- Socialización y sensibilización con la dirección de redes de servicios de salud, direcciones regionales: Dirección central sur, Dirección Brunca, Dirección Huetar norte.
- Socialización y sensibilización con las cabezas de red: cabeza de red Hospital México, Hospital Calderón Guardia y Hospital Tony Facio.
- Talleres enfocados a familiares, cuidadores y líderes adolescentes con enfermedades crónicas con el fin de promover el empoderamiento, liderazgo y cultura de autocuidado.
- Talleres dirigidos a personal docente de diferentes áreas del país del ministerio de educación pública de costa rica.
- Fortalecimiento de la Asociación de Pacientes por la Seguridad de los Pacientes como parte de la estrategia de la Organización Mundial de la Salud, y de la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente en la que nuestro país con una visión innovadora ha promovido la inclusión de sus integrantes en forma proactiva, en la prevención de eventos adversos en la comunidad, por medio de charlas a otros adolescentes con las mismas patologías, charlas a docentes del ministerio de educación, divulgación en medios de comunicación masiva.
- Diagnóstico de los insumos utilizados por las personas con enfermedades crónicas que se desplazan desde lugares lejanos hasta el Hospital Nacional de Niños para retirar materiales y/o medicamentos que se podrían distribuir en el establecimiento de la institución más cercano al usuario. Esta situación produce costos económicos elevados e innecesarios a las familias de éstos asegurados. Los insumos son productos almacenables de la institución, razón por la cual sólo basta la directriz de solicitarlos en sus debidos pedidos mensuales.
- Creación de una orquesta sinfónica en el HNN

- Creación de obras literarias por parte de los adolescentes líderes con enfermedades crónicas, Un Ángel Ilumina el Hospital Nacional de Niños.

Estrategia subsistema de Hospitalización, atención y apoyo domiciliario CCSS

Considerando la visión de la Caja Costarricense de Seguro Social hacia el 2025, la Política de Calidad y Seguridad del paciente aprobada por la Junta Directiva en el artículo 2 de la sesión N 8139, celebrada el 22 de marzo del 2007 y las líneas de acción del Plan de Acción de la Gerencia Médica 2007- 2012 se formula el documento denominado “**Subsistema de Hospitalización, atención y apoyo domiciliario CCSS**” en el año 2009, los expertos del Área de Atención Integral a las Personas se dedicaron a copilar los antecedentes y la situación actual de la hospitalización y la atención domiciliar tanto en el ámbito internacional como en el nacional.

Lograron conceptualizar algunos referentes para aclarar y unificar el punto de partida teórico de la propuesta del subsistema de hospitalización, atención y apoyo domiciliario, para así constituir una sugerencia para organizar e institucionalizar dicha atención. Se construyó a partir de la evaluación de modalidades de atención domiciliar y hospitalización domiciliar existentes en el país, aplicando mejoras basadas en la evidencia con el uso de herramientas de calidad.

Se perfila entonces, la atención domiciliar como una estrategia no convencional de atención en los establecimientos de salud, respaldada por la necesidad de implementar acciones que lleven a cambios trascendentales en la atención de la salud, validadas por equipos del nivel central, de los tres niveles de atención de servicios de salud de la institución, representantes de comunidades, de instituciones del sector salud y por usuarios de los servicios.

El equipo de trabajo, ha hecho énfasis en la importancia de asumir la atención domiciliar de manera integral, integrada y continuada.

El escenario del futuro para los Sistemas de Salud, implica profundizar en la salud orientada a la comunidad y en la definición de entornos amigables, implementando nuevas modalidades de atención, implementando nuevas modalidades de atención teniendo en cuenta un enfoque

sistémico y la transformación de las familias en agentes de salud con apoyo gubernamental y no gubernamental.

La propuesta tomó como marco el ciclo vital, y se diseñó desde el pensamiento sistémico, la salud orientada a la comunidad y los ejes principales se fundamentan en:

- La persona, la familia y la comunidad.
- El incremento del grado de satisfacción del usuario con la atención médica y las demás acciones en promoción de la salud y la prevención de la enfermedad.
- La articulación de recursos y las intervenciones intersectoriales, con enfoque de redes.
- La unión de las prestaciones sociales, paralelas a las prestaciones de salud.
- La participación de las Juntas de Salud y las instituciones gubernamentales y no gubernamentales del sector salud en cada comunidad.

Lo anterior en busca de lograr el posicionamiento de la hospitalización, atención y apoyo domiciliario en el sistema de atención integral a la salud del país, dirigidas a los usuarios con limitación funcional temporal o permanente y a sus familias, con calidad, seguridad, equidad, solidaridad y universalidad.

Los equipos conformados en las diferentes áreas de salud y en los hospitales han mostrado sus resultados en las ferias de calidad que se realizan año a año, esta es una estrategia a la cual se le debe dar seguimiento, pues debe ser una de las hojas de ruta en la evolución del modelo de atención, como estrategia sustitutiva a la hospitalización.

Contratos de Servicios de Salud a Terceros Vigentes

Otro tema delicado para la institución y que por disposición de la Contraloría General de la República según el DFOE-SOC 7/2006, destacó la falta de mecanismos de control y fiscalización suficientes y pertinentes sobre el sistema de prestación de servicios de salud por parte de los proveedores externos.

Atendiendo el DFOE de cita, el cual complementariamente dispuso que si la CCSS posterior a análisis consideraba viable la prestación de los servicios integrales de salud por parte de terceros,

la Administración de la misma debería establecer un modelo para la prestación de esos servicios con base en una planificación estratégica a mediano y largo plazo, que desde su inicio estuvo ausente. Esta debería incluir las políticas y lineamientos correspondientes.

Con el fin de cumplir con lo dispuesto por el Ente Contralor, el Dr. Eduardo Doryan Garrón, Presidente Ejecutivo mediante oficio P.E. 23597 designo a la Dra. Esmeralda Bonilla Vargas, MSc Marielos Benavides Alvarado y al Lic. Gustavo Picado Chacón como Comisión coordinadora de este proceso y en funciones de asesoría y apoyo técnico se nombraron el Lic. Miguel Pacheco Ramírez, Msc. Luis Guillermo López Vargas y el Dr. Adolfo Rodríguez Herrera, los cuales definieron los ejes centrales del modelo institucional para la contratación de proveedores externos.

En Sesión Ordinaria 8172 del 26 de julio 2007, se presenta por el Lic. Rodríguez el avance sobre la razonabilidad sobre la compra de servicios de salud a terceros.

En Sesión Ordinaria 8174 del 09 de agosto 2007, Artículo 4, se cita que aplicando los criterios de riesgo, el asumir la prestación de los servicios conlleva tres tipos de estrategia: una es evitar el riesgo, lo cual significa NO contratar con terceros, no entrar en esos procesos licitatorios y asumir la CCSS la prestación. Sin embargo, se adujo que la Contraloría no ha establecido que no se contrate con terceros, sino que puede seguir funcionando como en derecho corresponde.

En Sesión 8190 el 04 de octubre 2007, siempre de la Junta Directiva de la CCSS, el Sr. Presidente Ejecutivo informa que se hará una presentación correspondiente a la contratación de servicios de salud a terceros. En este sentido, la Comisión para el Diseño Modelo de Contratación Proveedores Externos, conformado por la Institución para tal efecto lo integran el Dr. José Miguel Rojas Hidalgo, la Dra. Ana Guzmán Hidalgo, la Dra. Rocío Sánchez Montero, la Dra. Hilda Oreamuno, en ese entonces Directora Regional, Región Central Sur y el Sr. Oscar Villegas de la Dirección de Compras. Es este equipo el que estructuró y definió los elementos que se iban a contratar a las cooperativas, fundamentados en el Modelo de Atención Integral en Salud que se venía desarrollando a nivel nacional.

Es a partir de ese año (2007) que se señala que la Gestoría de los Contratos será coordinada por la Gerencia Medica con la participación activa y obligada de las demás Gerencias. Asimismo, se propone y expone toda la estructuración y los diferentes actores responsables, donde claramente se tipifica que la Administración de los contratos estará a cargo de la Dirección de Red de Servicios de la Gerencia Médica, una vez que estos estuviesen debidamente refrendados por la Contraloría General de la República, esta Dirección apoyada por las Direcciones Regionales responsables de las jurisdicciones territoriales del Área Metropolitana, con apoyo directo de la Dirección Institucional Contralorías de Servicios de Salud y la Dirección de Compras.

En la Sesión 8194 del 18 de octubre 2007 celebrada por el Órgano colegiado supracitado se determina que el costo de asumir la gestión de las áreas de salud actualmente gestionadas por las cooperativas y ASEMECO es demasiado alto en términos de descuidar otros proyectos prioritarios y si fuere asumida, pudiera preverse un deterioro en la calidad de los servicios de salud, así como un aumento de sus costos. Por tanto se define que es conveniente que la CCSS siga contratando proveedores externos para brindar servicios de salud.

En esta misma Sesión se señala que en el pasado no había ninguna unidad institucional a cargo de supervisar y controlar a los terceros, lo que se hacía es que la Dirección de Compras los contrataba y evaluaba un componente de la producción, que era lo que tenía que ver con los compromisos de gestión, pero no se velaba por la evolución de los costos y la calidad de los procesos. Precisamente a raíz de ello y de lo señalado en el DFOE supracitado es que se conforma la Comisión Institucional para la construcción del Modelo de Contratación de Proveedores Externos para la prestación de los servicios de salud en un primer nivel de atención, coordinada por el Dr. José Miguel Rojas Hidalgo.

Es en esta Sesión que se recomienda a la Gerencia Medica que con base en el documento Organización Institucional, Coordinación, Funciones y Responsabilidades, inicie las gestiones del proceso para la contratación de proveedores externos de servicios de salud para las áreas establecidas en el documento Diseño de los Servicios de Salud Objeto de la Contratación presentado por el Dr. José Miguel Rojas Hidalgo.

En Resolución Administrativa 16074-2 del 8 de abril 2008, la Gerente Médica, Dra. Rosa Climent Martín, instruye al Dr. Eduardo Cambroner Hernández, Director de la Dirección de Red de Servicios de Salud, para que "...confeccione un cronograma con tareas y responsables para la elaboración y formulación del procedimiento de compra a terceros..."

En la sesión ordinaria N° 8363 del 09 de julio del 2009, la Junta Directiva de la CCSS adjudica la Licitación Pública 2008LN-000013-1142, "PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ATENCION INTEGRAL EN SALUD EN PRIMER NIVEL DE ATENCION REFORZADO, CON CONCESIÓN DE BIENES DE LA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL Y OPCIÓN DE COMPRA SOBRE BIENES INMUEBLES DEL PROVEEDOR", para la prestación de servicios integrales de salud en las poblaciones adscritas a las Áreas de Salud de ESCAZÚ, LA CARPIO-LEÓN XIII, PAVAS, SANTA ANA, TIBÁS, DESAMPARADOS II, SAN

FRANCISCO-SAN ANTONIO, SAN SEBASTIÁN-PASO ANCHO, SAN PABLO Y BARVA, contratos que entraron a regir en enero del 2011.

Fue un trabajo arduo liderado por la Gerencia Médica y con la participación intergerencial, es por ello que hoy podemos decir que cumplimos con el mandato de la CGR y puedo decir sin temor a equivocarme, que las comunidades donde se dan los servicios de salud a través de terceros, presenciaron la transición del servicio, en la mayoría de los casos ante la nueva licitación, sin mayor alteración de lo que tradicionalmente venían recibiendo.

Producción Hospitalaria 2006- 2010

Antecedentes

La aproximación al conocimiento de la enfermedad y otros daños a la salud que afectan a la población nacional, según los ámbitos geográficos de salud resultan desde el punto de vista estadístico en la CCSS, de cuatro fuentes principales: egresos hospitalarios, encuesta de consulta externa 2002, encuesta de urgencias 2006, así como los registros de eventos de notificación obligatoria que posee el Ministerio de Salud y la CCSS

El 73% de los eventos de notificación obligatoria, reportados al Ministerio de Salud, corresponden a Infecciones respiratorias agudas - IRA - (casi 2.500 casos por día) y el 18% a diarrea. También el grupo de causas denominado enfermedades sistema respiratorio, dentro de las que sobresalen la faringitis, la amigdalitis, otras afecciones agudas de las vías respiratorias superiores y también el asma, constituye la principal causa de morbilidad atendida en los servicios de consulta externa y urgencias (13 y 26%, respectivamente).

Otras patologías frecuentes, reportadas en la Consulta Externa, son: las enfermedades sistema osteomuscular (7,7%), especialmente las artropatías y trastornos afines, así como las dorsolumbopatías; las enfermedades sistema genitourinario (7,6%), dentro de las que cabe mencionar la cistitis y otras enfermedades del sistema urinario, las enfermedades inflamatorias del útero, la vagina y la vulva y los trastornos menstruales; las enfermedades endocrinas, de la nutrición y metabólicas (7,5%), principalmente la diabetes mellitus, con cerca de la mitad de los casos y las enfermedades del sistema circulatorio (7,1%), entre las que predomina la hipertensión esencial.

En los servicios de urgencias, además de las enfermedades respiratorias ya mencionadas, figuran como primeras causas de consulta: los traumatismos (por ejemplo, lesiones de miembros superiores e inferiores y del cráneo); las causas mal definidas (dolor abdominal, fiebre de origen desconocido, cefalea, etc.) y las enfermedades infecciosas y parasitarias, principalmente diarreas y otras infecciones intestinales. No se observan diferencias significativas entre las tres redes nacionales.

El embarazo, parto y puerperio representa el grupo más importante de causas de atención intrahospitalaria en los establecimientos de la CCSS, con 95 mil egresos durante el 2007 (29% del total); los cuales incluyen, además de los partos normales (21.670), diagnósticos tales como: trauma obstétrico, aborto, amenaza de parto prematuro y otras diversas complicaciones que enfrenta la madre durante este período. Aún si se restaran los partos normales, este grupo ocupa el primer lugar desde el punto de vista de la morbilidad que demanda servicios de hospitalización.

Le siguen las enfermedades sistema digestivo (por ejemplo, cistocolitiasis, hernias de la cavidad abdominal y apendicitis), con un 10% de los egresos; y las causas externas (por ejemplo, las fracturas y otros traumatismos), con casi el 7% de las hospitalizaciones.

En lo relativo a los grandes grupos de causas de consulta ambulatoria y de egreso hospitalario, las tres redes nacionales de servicios de salud comparten un patrón similar al nacional, excepto por diferencias menores en la posición o el peso relativo de algunos de ellos. Por ejemplo, en la Red Sur el embarazo, parto y puerperio tiene una frecuencia relativa menor que en las otras redes y una mayor de causas externas.

Sin embargo, en lo que se refiere a la incidencia de algunos de los principales eventos de notificación obligatoria (por ejemplo, en cáncer, violencia doméstica, dengue y malaria), sí existen diferencias significativas entre las subredes de servicios.

Respecto a la incidencia de las enfermedades tumorales en el país, en el año 2003 fue de 204 casos por 100 mil habitantes, cifra muy superior a la de 1995 (156 casos por 100 mil). De acuerdo con la tasa de incidencia del 2003, se estima que anualmente se registran alrededor de 8.500 casos nuevos de esta patología (en promedio, uno por hora).

En las mujeres, las neoplasias malignas mayormente registradas son los cánceres de mama, cérvix y piel, con tasas ajustadas de incidencia por arriba de los 40 casos nuevos por 100 mil mujeres (año 2004). Le siguen, muy por debajo, los tumores de estómago, colon y del sistema hematopoyético y retículo endotelial. Respecto a las cifras de 1995, se observa un incremento de la incidencia de los cánceres de mama, piel y colon.

En general, los cantones con mayor incidencia de cáncer de mama están ubicados las subredes ubicadas en el centro del país, por ejemplo: Montes de Oca (Subred Este Metropolitana), Belén (Subred Noroeste Metropolitana) y Dota (Subred Este Cartago Turrialba). Por su parte, los cantones con la incidencia más baja se localizan más hacia la periferia del territorio nacional (por ejemplo, en las subredes Noroeste Chorotega, Sur Brunca, Este Huetar Atlántica y Noroeste Huetar Norte).

En la población masculina, los cinco tumores malignos de mayor incidencia, según datos del año 2004, son: el de próstata (55,7 nuevos casos por 100 mil), el de piel (46,7), el de estómago (27,5), los del sistema hematopoyético y reticuloendotelial (10,6) y el de colón (10,3). Este último, seguido muy de cerca por el cáncer de pulmón (10,2). Entre 1995 y el 2004, las dos primeras neoplasias registraron un incremento muy importante de sus tasas de incidencia, sobrepasando al cáncer de estómago, cuyo número de casos por cada 100 mil hombres se ha venido reduciendo de forma paulatina.

De manera similar a lo que ocurre con el cáncer de mama, los cantones con mayor incidencia del tumor de próstata, con la excepción de Liberia (segundo lugar), pertenecen a los ámbitos geográficos de las subredes ubicadas en el Área Metropolitana y zonas vecinas, por ejemplo: Tibás (Subred Noroeste Metropolitana), Montes de Oca (Subred Este Metropolitana), Heredia (Subred Noroeste Heredia) y Escazú (Subred Sur Central). Al contrario, los cantones con las tasas de incidencia menores se ubican en subredes como la Este Cartago/Turrialba (cantón Jiménez), Noroeste Huetar Norte (Guatuso) y Sur Brunca (Osa y Buenos Aires).

En el 2007 se notificaron al Ministerio de Salud alrededor 11 mil casos de violencia intrafamiliar, para una tasa de 241 por 100 mil habitantes (29 por día). Las tasas de incidencia más altas se presentaron en la Red Este y en dos de las subredes que la conforman: Este Cartago/Turrialba y Este Metropolitana.

Desde que el dengue se diagnosticó por primera vez en el país, en 1993, su incidencia anual ha sufrido una serie de altibajos. Durante la presente década se han registrado los dos picos epidémicos más grandes (37.798 en el 2005 y 26.117 en el 2007). En este último año, la tasa de incidencia fue de 583 por 100 mil habitantes. Visto por subredes de servicios, el mayor número de casos se presentó en la Subred Noroeste Chorotega, con 9.397 casos y en la Este Huetar Atlántica, con 8.196 enfermos.

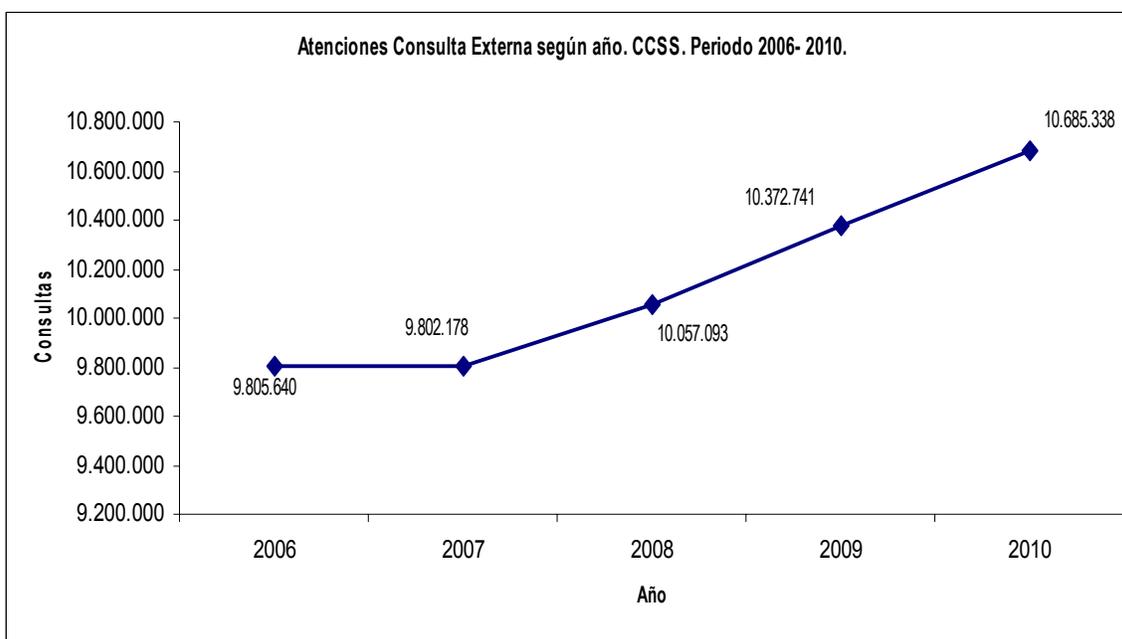
Por otra parte, la tendencia de la malaria en el período 2003-2007 alcanzó su pico máximo en el año 2005, con 3.541 nuevos casos, cinco veces la cifra inicial de la serie (718), para luego descender a 1.223 en el 2007; lo que arroja una tasa de incidencia de 27 por 100 mil habitantes.

En este último año, el 94% de los casos se concentró en la provincia de Limón (Subred Este Huetar Atlántica), principalmente en el cantón de Matina (69% del total).

Consulta Externa:

Desde la perspectiva de los servicios públicos de salud, el país ha experimentado un incremento en el número de consultas brindadas en el último quinquenio, superando 10.600.000 consultas en el año 2010.

CCSS: Consultas otorgadas en los establecimientos públicos de salud. 2006-2010



Fuente: DPSS, elaboración propia con información del Área de Estadística en Salud. Año 2011

A nivel general, la principal causa de atención en los servicios de salud son las Infecciones de Vías Respiratorias, seguidas de las enfermedades osteomusculares, enfermedades del sistema genitourinario, endocrino y metabólico, enfermedades digestivas y cardiovasculares, entre otras.

Otro grupo de enfermedades importantes son las enfermedades infecciosas, que producen problemas agudos causando grandes epidemias, como ha sido la re-emergencia del dengue y la malaria en los últimos años, que conlleva a todo un problema de saneamiento del medio que trasciende en muchos casos, el sector salud.

La apertura del país como destino turístico también lo coloca en situación de riesgo para la entrada de cualquier agente que circule en otras latitudes; prueba de ello fue el surgimiento de la Influenza A H1N1 en el año 2009, que puso a prueba la infraestructura de servicios del país y su capacidad de respuesta, la cual, en términos de pago de tiempo extraordinario, medicamentos y pago de subsidio, ascendió a un monto estimado en 10.000 millones de colones.

Y como parte de las enfermedades de denuncia obligatoria, en el quinquenio 2005-2009, destacaron algunas, por la cantidad de casos que fueron reportados al Ministerio de Salud, entre ellas: diarreas, dengue y casos de violencia intrafamiliar, que producen una carga de enfermedad que se traduce en demanda de servicios de consulta externa y urgencias y, por ende, un incremento en los costos de atención en los servicios de salud.

Aunado a esto, la crisis financiera internacional y el desempleo generado en el país, han constituido en un elemento circunstancial que afecta los ingresos del servicio de salud, en cerca de 70.000 millones de colones.

Distribución proporcional de las consultas externas por red de servicios, según cinco primeros grupos de diagnóstico¹.

Grupo diagnóstico	Total	Red de Servicios		
		Este	Sur	Noroeste
Total (%)	100	100	100	100
Enfermedades sistema respiratorio	13,2	12,4	12,5	14,8
Enfermedades sistema osteomuscular	7,7	7,2	7,9	7,4
Enfermedades sistema genitourinario	7,6	7,2	7,7	7,8
Enf. endocrinas, nutrición. y metabólicas	7,5	8,9	6,9	7,3
Enfermedades sistema circulatorio	7,1	7,8	7,1	6,9
Subtotal	43,1	43,5	42,1	44,2
Atención sin patología	22,7	23,0	24,5	22,9
Causa de morbilidad desconocida	2,2	2,4	2,1	2,0
Otras causas	32,0	31,1	31,3	30,9

1/ estimaciones del año 2007 con base en la encuesta de consulta externa 2002

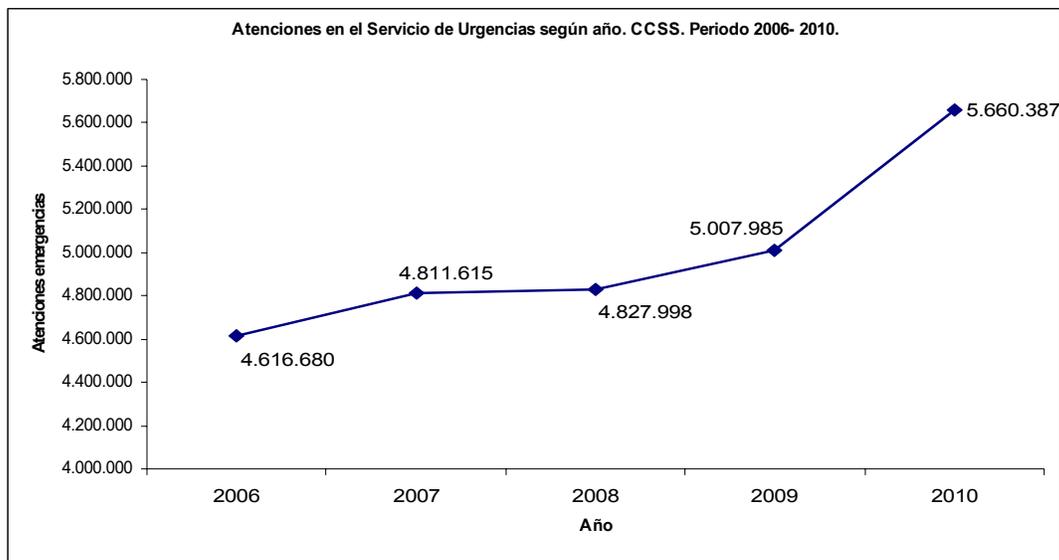
Fuente: CCSS. Área de Estadística en Salud (resumido y modificado para el año 2007).

Urgencias:

Por su parte, los servicios de urgencias presentan un comportamiento incremental del volumen de atenciones otorgadas en el período de estudio, superando los 5.000.000 de atenciones en el año 2010, respecto a los más de 4.600.000 registradas en el 2006.

Dentro de las causas principales de atenciones en este servicio destacan: las Infecciones agudas de vías respiratorias, patologías del tracto genitourinario, patología digestiva, reagudización de patologías crónicas, traumatismos, entre otros. Aunado a esto, en el período 2007-2009 y parte del 2010, se presentó una importante cantidad de atenciones por patologías como el dengue y la Influenza A H1N1.

CCSS: Consultas otorgadas en los establecimientos públicos de salud. 2006-2010



Fuente: DPSS, elaboración propia con información del Área de Estadística en Salud. Año 2011

Egresos:

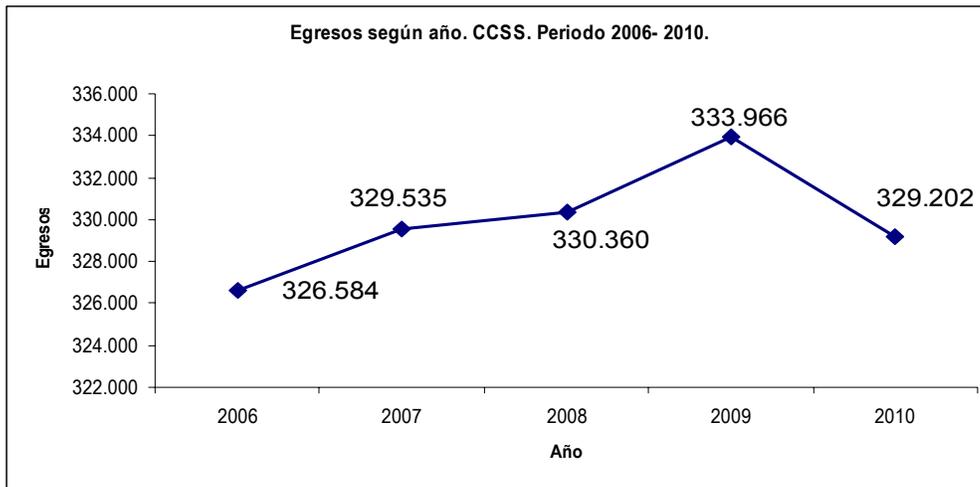
En el período 2006-2010, el comportamiento fue estable, registrándose un leve descenso en el volumen de egresos en el año 2010, respecto al 2009, lo cual se relaciona con la implementación

de estrategias, tales como: la mejor capacidad resolutoria en el I Nivel de Atención, el incremento en el número de cirugías ambulatorias y el desarrollo de programas de atención domiciliar.

Al igual que en los casos antes mencionados en los servicios de emergencias y consulta externa, en el año 2009 se registró un incremento de los egresos, debido al aumento de los casos de Dengue y de Influenza AH1N1, que requirieron mayores recursos para dar respuesta a la situación presentada, con tendencia a estabilizarse en el año 2010.

Cabe destacar que los egresos hospitalarios en el año 2010 disminuyen, como se observa en el gráfico siguiente, coincidente con una disminución del número de nacimientos en ese mismo año que según cifras del INEC correspondió en números absolutos a una cifra cercana a los 4500 menos con relación al año anterior.

CCSS: Egresos hospitalarios de los establecimientos públicos de salud, por año. 2006-2010



Fuente: DPSS, elaboración propia con información del Área de Estadística en Salud. Año 2011

Dentro de las principales causas de egresos, según la base de datos del Área de Estadística en Salud de la Caja Costarricense del Seguro Social, destacan: el embarazo, parto y puerperio, enfermedades del sistema digestivo, causas externas, enfermedades del sistema genito-urinario y enfermedades del sistema respiratorio, como las cinco más frecuentes.

Se observa en el grafico siguiente en número de nacimientos totales según año de ocurrencia, puede notarse en el mismo el descenso en el número de nacimientos comparando el año 2009 con el año 2010, de acuerdo con lo que se anotó en la descripción de los egresos hospitalarios.



Manejo financiero

Global de los Establecimientos de Salud

Como uno de los principales lineamientos de la Gerencia Médica durante este periodo fue el de acompañar a todos los centros médicos en materia de ejecución y subejecución de las diferentes partidas presupuestarias. En los años 2007 y 2008 se dio énfasis en la ejecución de las partidas como por ejemplo las de mantenimiento de edificios y compra de equipos, ya que históricamente eran partidas que se subejecutaban en forma importante. Se estimuló tanto a los Directores como a los Administradores de las Áreas de salud y de los Hospitales para que se procurara iniciar tempranamente la confección de contratos para que las compras se iniciaran al comenzar el año

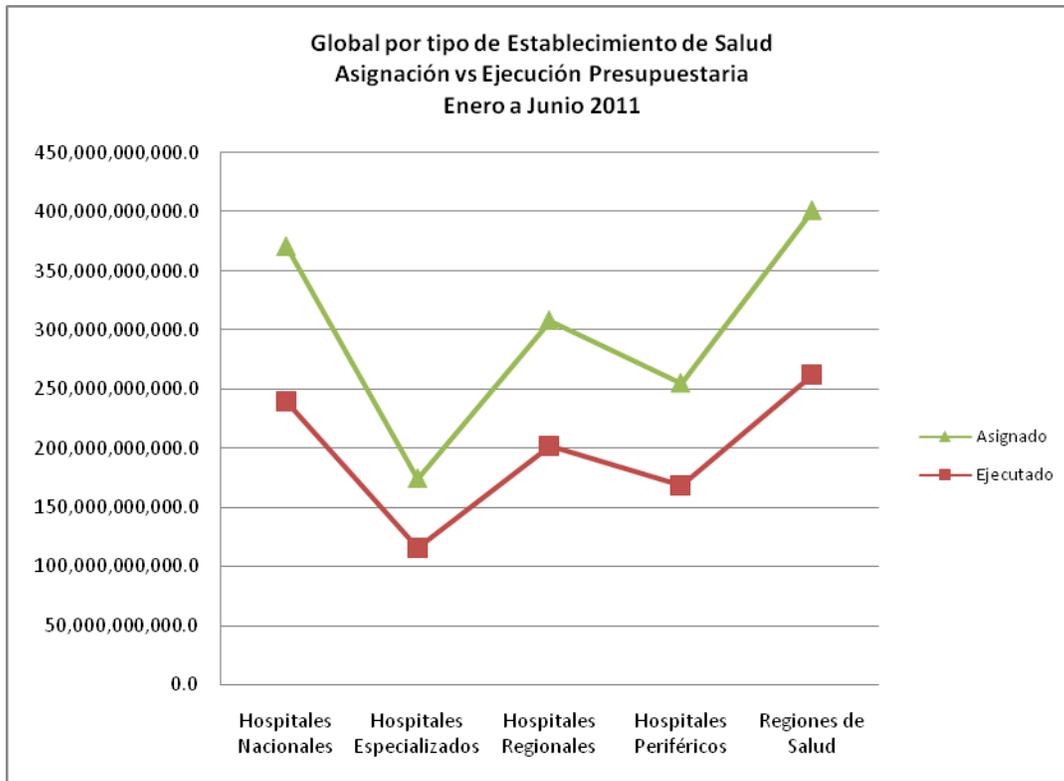
y así ir avanzando en ejecución, no dejar compras para el segundo semestre fue el lema, no acumular facturas para final del año fue otro de los lemas importantes a ser practicado.

La mayoría de centros médicos han logrado avanzar adecuadamente con este lineamiento e incluso las Direcciones Regionales han comenzado a poner en práctica las compras conjuntas, esto para ayudar a las Áreas de Salud que no cuentan con suficiente recurso humano en el área de bienes y servicios, y para aprovechar las economías de escala, esta es una excelente estrategia que debe seguir estimulándose no solo en los niveles regionales, sino también en los grandes hospitales, mismos que también han ido incursionando en compras conjuntas a través de convenios o contratos marco.

Énfasis también se puso en el control de las partidas de tiempo extraordinario, estimulando la conversión de tiempo extraordinario por plazas, de tal forma que se estimulara la disminución de estas partidas y además dar estabilidad a muchos trabajadores que eran contratados a través de tiempo extraordinario, cabe resaltar que al hacer este procedimiento, la producción no se vio afectada sustancialmente, pues este personal como afirmo anteriormente, ya estaba contratado y produciendo, con pago por tiempo extraordinario que lo que causa es una distorsión importante al hacer análisis de las diferentes subpartidas que tienen que ver con tiempo extraordinario. En el periodo 2006- 2010 se crearon un total de 3034 plazas a través de financiamiento local y es importante dejar hecha la observación de que los centros médicos donde se ha hecho este ejercicio se encuentran en estudio, ya que debe darse seguimiento a las partidas de cubre libres y personal sustituto.

Para realizar controles la Gerencia Médica conjuntamente con la Gerencia Financiera, creamos un grupo técnico con funcionarios expertos en presupuesto, este equipo se desplaza a las Áreas de salud o a los hospitales según se presenten casos urgentes que intervenir, como por ejemplo se han hecho trabajos importantes en: el Hospital de Heredia, en el Hospital Calderón Guardia, estudio para poner en marcha el Centro de resonancia magnética, se inicio el estudio en el Hospital de Alajuela y en el Hospital San Juan de Dios.

Para ilustrar lo anterior anotado, continuación se grafica la asignación de forma global total y ejecución presupuestaria de Enero a Junio de 2011, por tipo de establecimientos: Hospitales Nacionales, Hospitales Especializados, Hospitales Regionales, Hospitales Periféricos y Regiones de Servicios de Salud (consolidado incluye los montos correspondientes de las Áreas de Salud de su ámbito de competencia):

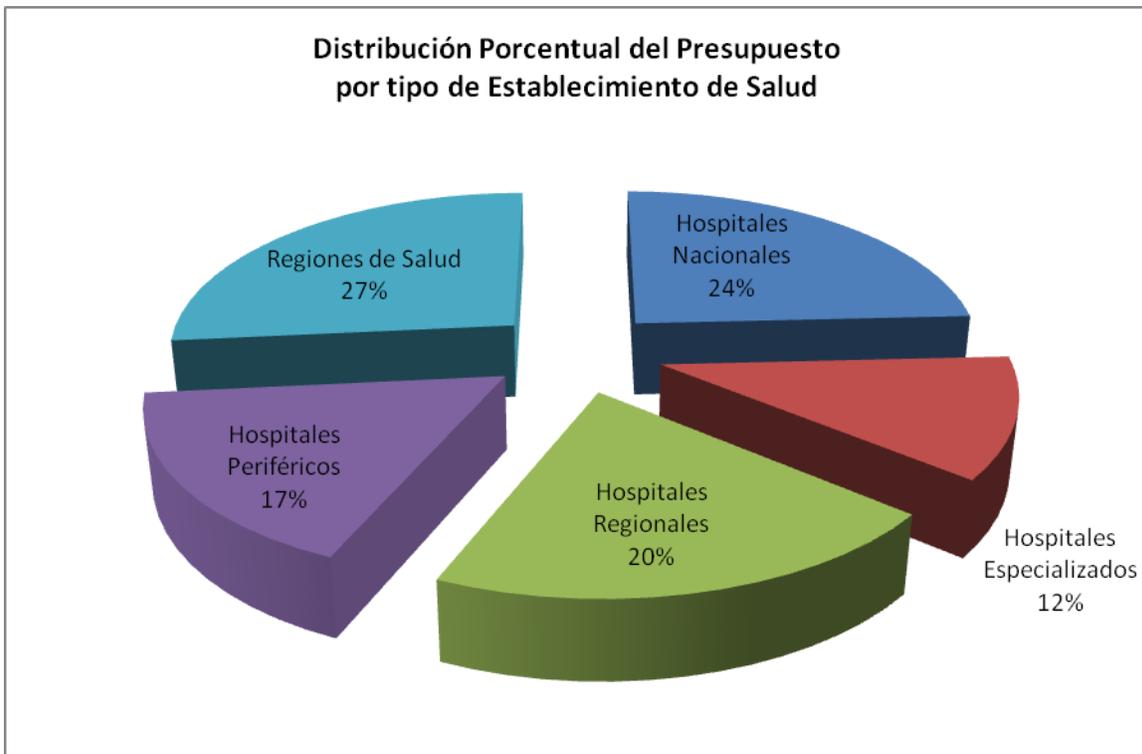


Fuente. Dirección de Presupuestos e Informes de los Establecimientos de Salud.

Como se observa en el gráfico anterior, los establecimientos de salud, que en forma porcentual han sido más eficientes en la ejecución de las partidas en general son los Hospitales Regionales y las Regiones de Servicios de Salud (consolidado incluye los montos correspondientes de las Áreas de Salud de su ámbito de competencia).

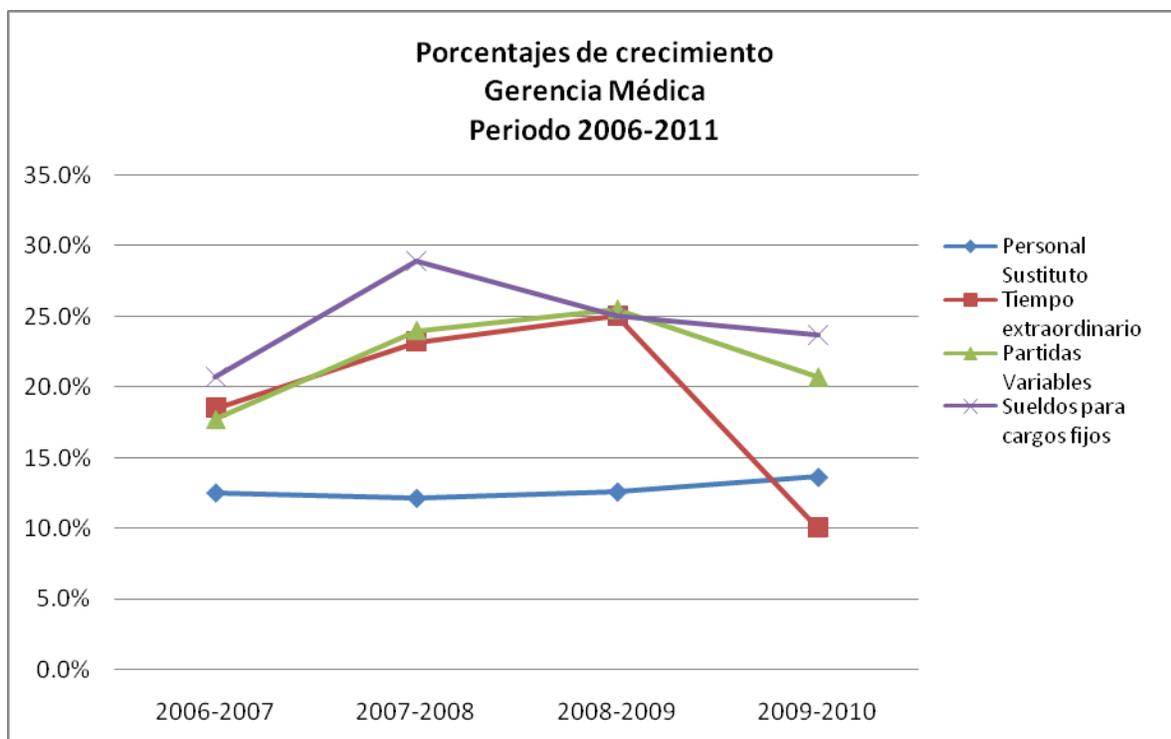
Dato no menos importante para la Gerencia Médica es el conocer la distribución del presupuesto por tipo de establecimientos: Hospitales Nacionales, Hospitales Especializados, Hospitales Regionales, Hospitales Periféricos y Regiones de Servicios de Salud (consolidado incluye los

montos correspondientes de las Áreas de Salud de su ámbito de competencia). Esto a su vez, permite tener una visión de la distribución por niveles de atención



Fuente. Dirección de Presupuestos e Informes de los Establecimientos de Salud.

Como se observa en el gráfico anterior, los Hospitales Nacionales y los Hospitales Especializados cuentan con un total de asignación presupuestario del 36%, los Hospitales Regionales y los Periféricos con una asignación del 37% y las Áreas de Salud con una asignación la cual representa un 27 % (siete Direcciones Regionales y 104 Áreas de Salud).

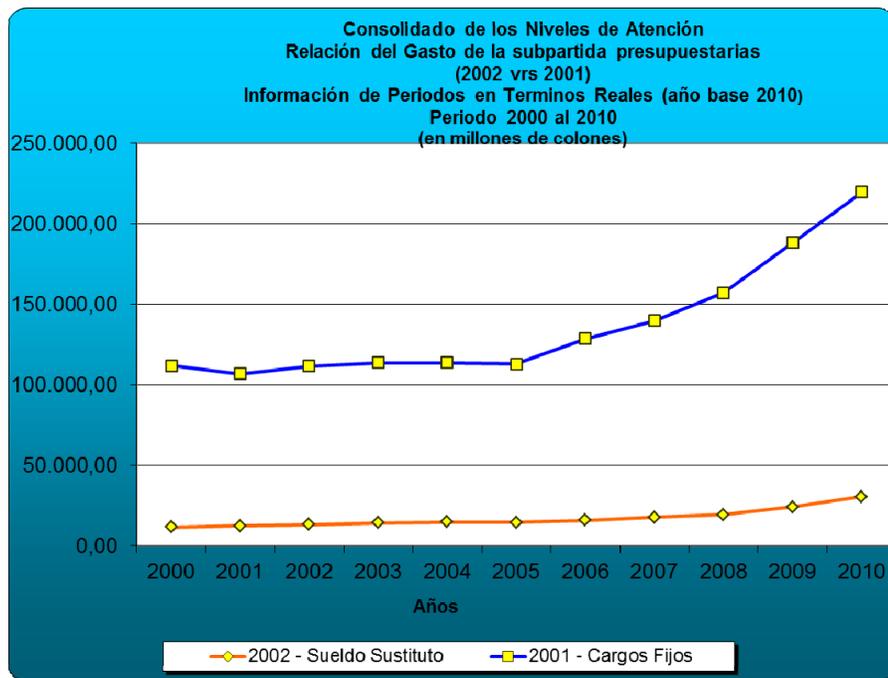


Fuente: Mayor Auxiliar de Presupuesto SCP, Dirección de Presupuesto

El gráfico muestra el porcentaje de crecimiento de las partidas presupuestarias que son más significativas en términos de los resultados efectivos de la producción en el sistema de atención directa de las unidades médicas adscritas a la Gerencia Médica y su comportamiento de forma interanual, y se evidencia la estabilización de las mismas a pesar del efecto del número de plazas creadas en el periodo, esto significa que a pesar del aumento expresado por la partida de cargos fijos con el aumento de plazas, muchas de estas obedecieron a la política de restricción de uso de las mismas para sustituir el tiempo extraordinario, además de responder a la política de aprovechamiento de los recursos.

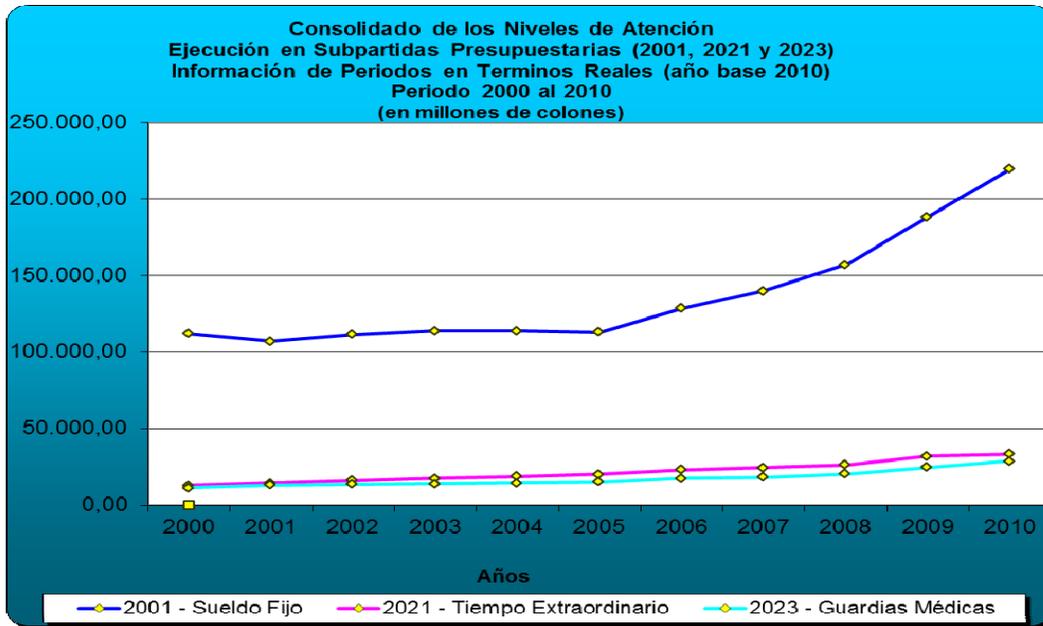
Se observó en el periodo una drástica disminución de los tiempos extraordinarios de los funcionarios no médicos, los cuales redujeron su porcentaje de crecimiento por 10 puntos porcentuales con respecto al comportamiento esperado.

Por otro lado, es importante destacar el porcentaje que representan el rubro de personal sustituto, ya no en términos de porcentaje, sino en relación con la proporción que dicho rubro significa en función de los cargos fijos del sistema, el cual pese a que se aumentaron la cantidad de plazas del periodo sigue representando una tendencia dentro del mismo rango entre un 10% y un 15%.



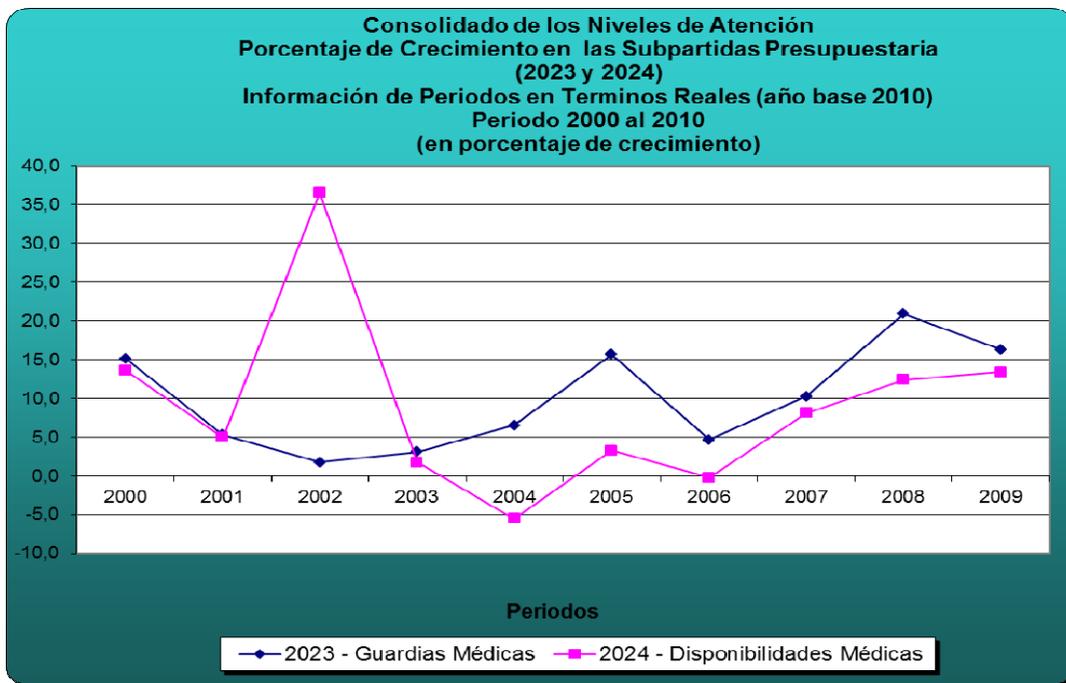
Fuente: Elaboración propia del EIASF, utilizando información suministrada por la Dirección de Presupuesto.

De igual forma en el consolidado de la ejecución del rubro de personal sustituto comparado en términos reales, tomando como año base el año 2010, se evidencia el efecto de contención de la partida al comparar ambas tendencias, donde aumenta por volumen de plazas el rubro de cargos fijos, pero no así, sino que permanece con un crecimiento mucho menor el rubro de sustituciones, debido a que se emitió lineamiento de disminución de las sustituciones y de utilizar el recargo de funciones dentro del periodo.



Fuente: Elaboración propia del EIASF, utilizando información suministrada por la Dirección de Presupuesto.

De igual forma se presenta la comparación de los cargos fijos y el comportamiento real de la ejecución de las dos partidas de tiempo extraordinario más significativas, como son tiempo extraordinario (el utilizado por personal no médico) y las guardias médicas, las cuales no crecen de forma paralela al aumento de plazas, lo que indica que están utilizadas las mismas, para cubrir aquellos turnos que antes se realizaba la atención con recursos de tiempo extraordinario.



Fuente: Elaboración propia del EIASF, utilizando información suministrada por la Dirección de Presupuesto.

Se muestra los porcentajes de crecimiento de las subpartidas de tiempo extraordinario, a saber guardias médicas y disponibilidades, que por presentar un comportamiento errático han sido sometidas a análisis exhaustivo tanto en la administración anterior como en la actual. Se hizo un esfuerzo importante para elaborar la actualización del reglamento de disponibilidades médicas, misma que llevó un periodo cercano a los dos años, considerando su elaboración y luego la negociación con los diferentes sindicatos médicos y el colegio de Médicos y Cirujanos. Además se desarrollaron una serie de formularios para realizar el control de las disponibilidades médicas y se desarrolla el sistema de Información conocido: “Aplicación de Disponibilidades Médicas (ADIM)”, esta aplicación está disponible prácticamente en todos los centros donde se realizan disponibilidades médicas y es la herramienta que permite actualmente tener una visión más objetiva sobre la planificación, uso y control de las disponibilidades.

La Gerencia en este momento se encuentra avocada a través de la Unidad Técnica de listas de Espera, a confeccionar un reglamento y una aplicación web para el control de las guardias médicas, se presentó este tema a la Junta Directiva dando un periodo prudencial para avanzar en

este tema, ya que actualmente la autorización de las guardias médicas está en manos de los Directores Médicos, jefes de sección o bien de los jefes de los servicios hospitalarios.

Contención del gasto

Con la finalidad de cumplir con lo dispuesto por la Junta Directiva de la Institución, en la Política de Aprovechamiento Racional de los Recursos Financieros de la CCSS, aprobada en la sesión de Junta Directiva N° 8472, en el Artículo 6, de fecha 14 de octubre del 2010, la Gerencia Médica realizó las siguientes acciones:

El día 19 de enero de 2011, se realizó el primer Taller de Racionalización de los Recursos Financieros de las unidades adscritas a la Gerencia Médica, con un horario de 8 a.m. a 5 p.m., cita en el Auditorio de la Unión Médica Nacional.

Mediante el oficio N° 7214-5, de fecha 14 de enero de 2011, se procede a la convocatoria de los siguientes funcionarios: Directores Regionales de Servicios de Salud, Direcciones de Hospitales Nacionales y Especializados, Directores de Sede Central de la Gerencia Médica, Asistentes de la Gerencia.

Se realizaron dos presentaciones, la primera bajo la responsabilidad de esta servidora con los siguientes tópicos:

- Antecedentes financieros y su impacto en los servicios que se le otorga la población.
- Normativa: Política de Aprovechamiento Racional de los Recursos Financieros de la CCSS, objetivos.
- Lineamientos institucionales, fundamentados en la política, adicionando las acciones de tipo gerencial que fortalecen la aplicación de la misma.

La siguiente presentación versó sobre:

- Elaboración del Plan de aprovechamiento racional de los recursos financieros de la CCSS, por cada centro médico.

- La metodología de recolección y registros de la información de las partidas presupuestarias críticas.
- Explicación sobre el llenado de las matrices: a)- Control de partidas críticas y b)- Plan de Racionalización de los recursos Financieros.

Entre los aspectos más relevantes analizados en taller y que están documentados en la minuta del mismo, se destacan los siguientes:

- Se indicó en ese momento, que no se cerrarían los servicios existentes como se ha estado haciendo por algunos funcionarios y que la idea es mantenerlos pero implementando estrategias que impacten directamente en uso racional de los recursos.
- Promover la concientización en todos los funcionarios de la responsabilidad de la utilización óptima del recurso.
- Se mencionan los objetivos de la actividad, como relevantes los siguientes:
- Límite de presupuesto asignado,
- Priorización de actividades,
- Continuidad en los servicios,
- Revisión de las actividades que se pueden reducir
- Identificación de estrategias que permitan ahorrar, por ejemplo, compras conjuntas, según experiencias exitosas.
- Se estableció la importancia de la participación del equipo económico que integraron la Gerencia Médica y la Gerencia Financiera, en la revisión de los tiempos extraordinarios y la revisión de las sustituciones, en los centros que así lo requieran, se da prioridad al Hospital Calderón Guardia y al Hospital Max Peralta.
- Se revisaron las planillas para determinar la existencia de plazas libres (sin nombramiento), la Gerencia ha instruido que las mismas de acuerdo a la política no deben ser usadas.
- Se comentó sobre la creación de los códigos para el periodo 2011; 94 técnicos, 176 especialistas, 196 auxiliares de enfermería entre otras.

- La importancia y el impacto de las plazas en los servicios de resonancia magnética, los quirófanos de Guápiles, los nuevos módulos del Hospital de Liberia, la capacitación de ATAPS, que en total representan 806 plazas, lo cual significa que no se podrán crear más códigos por este año, debido a las limitaciones presupuestarias y a la política de empleo, ambos elementos trascienden el ámbito gerencial.
- Sobre las plazas con financiamiento local, deben obedecer a tiempos completos y para turnos diferentes al primer turno, para lo cual se hará el estudio respectivo, cuando algún establecimiento solicite la creación de plazas con este rubro.
- Es importante que se utilice la tecnología como mecanismo de ahorro, mediante la teleconferencias, telecomunicaciones, el uso de busetas (transporte) compartidas, de forma que se impacte las partidas de viáticos y de transporte.
- Se recomienda plantear ante las instancias que corresponda en la Institución modificar el Reglamento de Incapacidades con la finalidad que se eviten abusos tanto de su expedición como en su pago.
- Dar prioridad a las actividades que tienen mayor impacto con el usuario.
- Realizar una adecuada planificación y programación de las compras, que permita disminuir el gasto en el periodo sin acumular pagos que originen distorsión en el flujo de caja.
- Ahorrar recursos como: energía, agua, teléfono y otros servicios.
- Realizar las compras de servicios, materiales y suministros que sean estrictamente necesarios.
- Medir, controlar y dar seguimiento a la ejecución presupuestaria de cada Unidad Programática.

Acuerdos complementarios:

- Se acordó en ese taller, consultar con la Dirección de Tecnologías el grado de avance del Expediente único para coordinar acciones relacionadas con la política.
- Formas de Financiamiento para infraestructura con fondos del IVM y las tasas de mercado existentes.

- Compra de equipos solamente en casos de reemplazo.
- Emitir directrices sobre el uso de los exámenes de apoyo que se realizan en otros niveles para que sean utilizados por toda la red de servicios y evitar duplicidad de los mismos.
- Realizar la consulta de casos de incapacidades prolongadas para solucionarlas vía comisión de invalidez.

Acciones pendientes:

- Se desarrollará un Taller de seguimiento, con los Directores y funcionarios antes mencionados, con el objeto de presentar las matrices debidamente confeccionadas con la información correspondiente a sus unidades de trabajo.
- Se realizará monitoreo estricto del Plan así establecido en cada Centro Médico y /o administrativo de la Gerencia Médica, generándose informes trimestrales a los niveles superiores, con la finalidad de tomar las decisiones que correspondan.
- Visitas a las Direcciones Regionales de Servicios de Salud, para apoyar y corroborar el impacto de las actividades asumidas por las diversas unidades de trabajo.

El día 11 de febrero de 2011, se desarrolló el 2do Taller de seguimiento de implementación de la Política de Racionalización de los Recursos Financieros de las unidades adscritas a la Gerencia Médica, con los Directores y funcionarios antes mencionados, con el objeto de presentarles las matrices debidamente confeccionadas con la información de los resultados del primer taller.

Se realizaron, posterior al taller supracitado, visitas por parte de la Gerente Médico, el Gerente Financiero y la Directora de Presupuesto, a las Direcciones Regionales de Servicios de Salud, con el objeto de apoyar y corroborar el impacto de las actividades asumidas por las diversas unidades de trabajo.

Los días 24 de marzo y 01 de abril del año en curso, se realizaron dos sesiones de trabajo con la Dirección de Presupuesto y los representantes de cada Gerencia, en el caso específico de este nivel gerencial, participó el Lic. Albán De La O Espinoza, con el objeto de analizar las acciones que se deben tomar a nivel institucional y cumplir con la “Política de Aprovechamiento Racional de los Recursos Financieros de la CCSS”.

Debido a que nuestra Gerencia, había desarrollado dos talleres con los Directores Regionales de Servicios de Salud, Direcciones de Hospitales Nacionales y Especializados, Directores de Sede, Asistentes de la Gerencia. Se definió la metodología para la implementación de las acciones, se decidió continuar con la misma, no obstante, se revisaron los lineamientos específicos emitidos por la Gerencia Financiera y la Dirección de Presupuesto, con el objeto de incluir aquellos aspectos que no estuviesen contemplados originalmente en la herramienta desarrollada por nuestra Gerencia.

Finalmente, se elabora la circular N° GM-198059-2, de fecha 04 de abril de 2011, (misma que se publica en la página Web de la Institución) dirigida a los Directores de Sede, Directores Regionales de Servicios de Salud, Direcciones de Hospitales Nacionales y Especializados, Directores de Hospitales Regionales, Directores de Hospitales Periféricos 1, 2, y 3, Directores de Áreas de Salud 1, 2 y 3, con la finalidad de recordar sobre la implementación de acciones que se derivan de la Política de Aprovechamiento Racional de los Recursos Financieros de la CCSS. Dichas acciones se constituirían en un insumo para el llenado de las matrices.

Alcance de estas acciones están dirigidas a la adopción de medidas tendientes a racionalizar y disminuir el gasto, reasignar recursos a las actividades prioritarias, deficitarias, mantener el equilibrio financiero y garantizar el cumplimiento de los principios de economía, eficacia y celeridad en el uso de los recursos públicos. Incluye todas las unidades ejecutoras de la Institución.

Se definió la metodología de recolección y registros de la información de las partidas presupuestarias críticas, explicación sobre el llenado de las matrices: a)- Control de partidas críticas y b)- Plan de Racionalización de los Recursos Financieros. La cuales deben canalizarse de la siguiente forma:

En el caso de los Hospitales Regionales, Hospitales Periféricos 1, 2 y 3; Áreas de Salud 1, 2 y 3, una vez llenadas las matrices anteriores, deben remitirla en forma mensual a la Dirección Regional de Servicios de Salud a la cual están adscritas.

La Dirección Regional de Servicios de Salud según corresponda, consolidará la información correspondiente del Hospital Regional, Hospitales Periféricos 1, 2 y 3; Áreas de Salud 1, 2 y 3. Posteriormente, la presentará a la Dirección de Red de Servicios de Salud y al MSc. Arturo Herrera Barquero para su respectivo seguimiento.

En el caso de los Hospitales Nacionales, Especializados y los Centros Especializados, una vez llenadas las matrices anteriores, deben remitirla en forma mensual a la Gerencia Médica, específicamente al MSc. Arturo Herrera Barquero, el Dr. Randall Asenjo Rockbrand y la Dra. Lidieth Carballo Quesada.

Los resultados observados durante el primer semestre del 2011 se presentaron a la Junta Directiva y cuyo documento que sirvió de base para la presentación se adjunta como anexo a este informe, “Informe sobre el Plan de racionalización del gasto en los establecimientos de salud de la Gerencia Médica, enero a julio 2011”.

Listas de Espera

Desde su génesis, situada en el año 2001, la Unidad Técnica de Listas de Espera ha procurado desarrollar estrategias que promuevan una gestión efectiva de las listas existentes en los diversos centros médicos de la CCSS. Sin embargo, al iniciar nuestra gestión, la Unidad Técnica dependía directamente de la Presidencia Ejecutiva de la institución y no de la Gerencia Médica, como reglamentariamente estaba dispuesto.

Es así como, en el año 2007, se decide readscribir esta unidad a la Gerencia Médica, incluyéndola en la Dirección de Red de Servicios de Salud, decisión que permite variar sustancialmente su estrategia de trabajo y su forma de afrontar la situación de las colas de pacientes existentes en los servicios de cirugía de un grupo específico de centros médicos que se integraron al denominado Plan Piloto de Cirugía Vespertina.

Desde entonces, la Gerencia Médica, a través de la Unidad Técnica de Listas de Espera, ha elaborado diferentes alternativas de abordajes a las listas de espera en las diferentes áreas de atención, mismas que fueron aprobadas por la Junta Directiva entre el periodo 2007 – 2009, y

que se implementaron en las diferentes áreas de atención como lo son: cirugías, procedimientos y consulta externa especializada.

Cirugía

Se impulsa una alternativa de abordaje dirigida a la maximización de los recursos existentes (recurso humano e infraestructura), implementado en los Hospitales Nacionales (Hospital San Juan de Dios, Hospital Rafael A. Calderón Guardia, Hospital México, Hospital Max Peralta Jiménez) y en el Hospital Nacional de Niños, este plan piloto que se denominó “Cirugía Vespertina”. Este se ejecutó en el año 2008 y 2009, se realizaron un total de 15.223 cirugías, el financiamiento fue de ₡ 4.130.035.518,85.

En los años 2010 y 2011, su implementación fue exclusivamente en el Hospital Dr. Calderón Guardia, dado una resolución de la Sala Constitucional y a la fecha se han realizado 1.080 cirugías, el financiamiento de estas últimas dos fases fue de ₡ 638.000.000,00. Las especialidades participantes han sido: Ortopedia, Cirugía General, Vascular Periférico, Otorrinolaringología, Cirugía de Tórax, Urología, Ginecología, Oncología (dirigido a cáncer de mama y de colon), Cirugía Pediátrica, por mencionar algunas.

El impacto de este tipo de alternativa fue de aproximadamente un 22% de la lista de espera de los establecimientos participantes, en cada una de las fases que se implementó.

Paralelo a esto, otra área quirúrgica atendida fue la especialidad de Oftalmología concretamente en cirugías dirigidas a patologías de cámara posterior (vitrectomías), se ejecutaron dos fases en las cuales se atendieron 313 pacientes con problemas importantes de visión (patología de retina), el impacto fue del 90% de la listas presentada al inicio del proyecto.

Consulta Externa Especializada

Uno de los efectos o beneficios de la alternativa de abordaje expuesta en el ítem anterior, fue la reducción de más de 20,000 consultas especializadas, distribuidas entre todas las especialidades que participaron en el plan piloto de cirugía vespertina.

Procedimientos diagnósticos ambulatorios

Al igual que las cirugías, se elaboraron e implementaron alternativas de abordaje que maximizaran los recursos existentes, esto dado la inopia de recurso humano. Para esta área de atención se implementaron las Jornadas de Producción. Esta modalidad se implementó en el año 2009 en: Hospital de Las Mujeres, Clínica Marcial Fallas, Clínica Carlos Durán, Hospital San Vicente de Paúl y Hospital San Juan de Dios y Hospital William Allen, este último atendiendo pacientes de su área de adscripción y del Hospital de Guápiles. Para esta actividad logramos realizar entre ultrasonidos, mamografías y reportes de mamografías 36.000 actividades, el financiamiento de este tipo de actividad fue de ¢176.708.218,22.

Otras actividades que mejoraron la atención de consulta externa, cirugías y procedimientos

Jornadas de producción para biopsias de patología: Esta alternativa de abordaje incrementa la producción de 20.168 bloques de patología en el año 2009, la estrategia se implementó en el Hospital México. El resultado de la misma fue el diagnóstico temprano de 10.539 diagnósticos que consecuentemente no prolongaron a más número de citas de consulta externa. En el año 2011, la estrategia se amplía participando el Hospital México y el Hospital San Rafael de Alajuela, para esta segunda fase se han realizado 13.120 procesamientos de bloques y se realizaron 1.600 lecturas de biopsias, el impacto se encuentra en fase de evaluación en estos momentos, pero su financiamiento fue de ¢43.000.000,00.

La elaboración de una guía para el conteo, la gestión, personalización de listas de espera, es otra de las actividades que se han desarrollados. La herramienta posee como objetivo personalizar la información de registros y así poder identificar los tiempos reales de espera, además de depurar de manera electrónica las bases de datos.

Recientemente la Gerencia Médica ha promovido la elaboración de la **Política y Lineamientos Institucionales sobre Listas de Espera** y su **Plan de acción para el abordaje de las listas de espera**, los cuales están en la fase de estudio por parte de la Junta Directiva de esta Institución, del cual se detalla más adelante.

En conclusión, la implementación de cada una de las fases en los diferentes planes pilotos de cirugías o procedimientos diagnósticos, se dirigían hacia el cumplimiento de metas en la jornada ordinaria y en la jornada de implementación de los planes, buscando siempre una producción agregada a la realizada en la jornada ordinaria.

Nueva visión gerencial en las regiones de Servicios de Salud

Con la visión acertada por parte de la Gerencia Médica, durante el presente periodo gerencial, en materia de gestión de la red de servicios de salud que posee la CCSS, se alcanzaron diversos logros que permitieron redefinir el rol que esta Dirección de Sede posee dentro de engranaje institucional. Entre las acciones exitosas alcanzadas podemos citar:

- La definición del rol de las Direcciones Regionales de Servicios de Salud dentro del enfoque de red.
- Posicionamiento de la Dirección de Red de Servicios de Salud como administrador de los contratos de servicios de salud por terceros.
- Desarrollo del Sistema homologado para la prestación periódica de información sobre listas de esperas.
- Consolidación de los equipos regionales como evaluadores de compromisos de gestión.
- Homologación de instrumentos para supervisión y evaluación por disciplinas, por parte de Direcciones Regionales de Servicios de Salud
- Fortalecimiento de la planificación regional mediante evaluación de la formulación y ejecución de Planes de gestión local.
- Fortalecimiento de las Áreas Regionales de Ingeniería y Mantenimiento (ARIM) en las Direcciones Regionales de Servicios de Salud.
- Conformación de Unidades de Compra de bienes y servicios en las Direcciones Regionales de Servicios de Salud.
- Reforzamiento de la dotación de especialistas a Hospitales Regionales, Periféricos y Áreas de Salud.
- Implementación de primer nivel reforzado en áreas de salud con servicios contratados por terceros.

- Integración de los médicos que fungen como “Enlaces de Red”, a los Consejos de Red de los hospitales Nacionales cabeza de red.

Fortalecimiento de la Atención integral del Cáncer en la Red Oncológica Nacional

Plan de acción para la implementación del proyecto

Correspondió a la Gerencia Médica asumir el gran reto de coordinar las acciones intergerenciales para desarrollar el Plan de Acción para la implementación del proyecto: Fortalecimiento de la Atención Integral del cáncer en la Red Oncológica Nacional de la CCSS, tarea casi titánica debido a que por más de 10 años en materia de manejo de los fondos destinados a este desarrollo por parte del I.C.C.C., fue bastante deficiente.

El cáncer es una de las principales causas de muerte en todo el mundo. De los 58 millones de muertes que se registraron en el 2005, 7,6 millones (13%) se debieron al cáncer. Se prevé que el número mundial de muertes por cáncer siga aumentando en todo el mundo y alcance los 9 millones en 2015 y los 11,4 millones en 2030.

Mediante una decisión institucional contemplada en el Artículo 49o, de la Sesión de Junta Directiva No 8057, celebrada el 18 de mayo del 2006, la Caja Costarricense de Seguro Social decide integrar y fortalecer las acciones relacionadas con la atención de enfermedades del cáncer. Con ello se pretende atacar al cáncer con un enfoque integral y tiene como objetivo principal el fortalecimiento de la Red Oncológica mediante la dotación de recursos, el fortalecimiento de la capacidad resolutoria de las áreas de salud, hospitales periféricos y regionales para la prevención y el diagnóstico temprano del cáncer; el mejoramiento de los recursos disponibles en los hospitales nacionales y regionales, incluyendo infraestructura y equipamiento para el diagnóstico, tratamiento y cuidado paliativo de esta enfermedad.

La estrategia de intervención propuesta incluye la revisión de la Red Oncológica en busca de mayor eficiencia, tiempos más cortos de atención, mayor cobertura y más satisfacción por parte del usuario y el prestatario de los servicios.

En el mes de agosto del 2007 el Ministerio de Salud publicó el Plan Nacional para el Control del Cáncer 2007-2016, documento en el cual se establecen los lineamientos de política que guiarían a las instituciones públicas y privadas en todos aquellos procesos en la lucha contra el cáncer.

Costa Rica dispone de mecanismos e instancias que permiten conocer la situación específica del cáncer en las Áreas de Salud en que se organiza la red de servicios de la CCSS, estadísticas a nivel nacional y el Registro Nacional de Tumores, orientan sobre el tipo de acciones, las patologías y el destino geográfico hacia donde deben enfocarse los esfuerzos.

Es a partir de lo mencionado, que se formuló el Plan de Acción para la Implementación del Proyecto Fortalecimiento de la Atención Integral del Cáncer en la Red Oncológica de la CCSS, en cumplimiento al Transitorio III de la Ley 8718, publicado en el Alcance 9 de La Gaceta del 18 de febrero del 2009. Este proyecto contempló una visión integral del problema estableciendo objetivos y metas estratégicas integradas en dos áreas de intervención:

- a) Acciones para la Gestión de la Red Oncológica para la atención integral del cáncer.
- b) Acciones para el Fortalecimiento de la atención integral del cáncer en la CCSS

Como meta el proyecto se propuso potenciar, acelerar y mejorar las múltiples acciones que la CCSS brinda en la atención integral del cáncer, las cuales reportan un costo cercano a los 50 mil millones de colones en el año 2008. El proyecto se incorpora entonces como un aporte incremental a la capacidad instalada que dispone la Institución y más importante aún como una forma de incidir en los puntos más sensibles para mejorar la atención integral, que ha venido brindando la institución al paciente oncológico mediante la red de establecimientos con cobertura nacional.

Se definieron proyectos de corto y mediano plazo que permitirían en forma gradual, mejorar la gestión en red e incrementar la capacidad resolutive de los establecimientos de salud en los tres niveles de atención.

El proyecto debe abordar la problemática de la atención del cáncer, de una manera integral que incluya la promoción, prevención, diagnóstico y tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos.

La estrategia incorpora un enfoque multidisciplinario y centrado en el paciente; donde el paciente es el centro de la red oncológica y todos los esfuerzos se dirigen a brindar un servicio oportuno, de calidad y sensible al usuario y su familia. Con la participación de un equipo multidisciplinario de profesionales de la salud en los tres niveles de atención y con acceso a tecnología de punta en los centros de referencia nacional. Focaliza los esfuerzos en mejorar la atención de los tumores malignos más comunes y en las zonas del país con mayor incidencia y mortalidad.

La inversión total se estimó en **\$149.089.100**; de los cuales un 26% se utilizaría para el fortalecimiento de la gestión de la red oncológica y un 74% para el fortalecimiento de la atención integral del cáncer. Este monto comprende los recursos provenientes de la Ley 8718 y una contrapartida institucional.

El proyecto se programó para desarrollarse en un plazo estimado de seis años, a partir de la aprobación del mismo y el cumplimiento de las condiciones previas necesarias para la gestión del proyecto. Según su alcance y complejidad los productos de los sub-proyecto y sus entregables se obtendrán en diferentes momentos del plazo mencionado.

El planteamiento fue de estrategias cuyo fin es el de aumentar sustantivamente la capacidad resolutive de la CCSS para la atención integral del cáncer desde dos áreas de intervención:

- Gestión de la red: área donde se pretende mejorar la operación, la coordinación y la articulación de los deferentes niveles de atención y complejidad de la red con el fin de mejorar continuamente la atención de los pacientes.
- Fortalecimiento de la atención integral: donde se desarrollan proyectos enfocados a promover estilos de vida saludables, mejorar la detección, el diagnóstico temprano y el tratamiento de los cánceres prioritarios con la dotación de equipamiento e infraestructura, así como, la rehabilitación y los cuidados paliativos. Este documento presenta el Plan de Acción que establece las líneas generales del proyecto, para ello se utilizó el enfoque metodológico del *“Project Management Institute”* (PMI). A partir de estas líneas generales cada subproyecto o entregable deberá desarrollar en forma

coherente cada una de las etapas del ciclo de vida del proyecto. Para cada subproyecto o entregable se deberán completar los estudios técnicos que delimiten su alcance, el diseño de detalle de las alternativas desarrolladas, los criterios de medición y aceptación de los productos esperados así como los requisitos de monitoreo y evaluación durante las etapas. Además, cada subproyecto deberá cumplir con los requerimientos normativos aplicables al tipo de producto esperado.

En el anexo 2 del documento, se presenta la matriz descriptiva del proyecto con el detalle de las áreas de intervención, subproyectos y los objetivos de cada uno de ellos. El anexo 3 se amplía las propuestas preliminares que incluyen los entregables, indicadores de proceso y resultado, responsables, costo estimado, fuente de financiamiento y la programación. En el anexo 4 se adjuntan las fichas de los subproyectos y entregables con un resumen descriptivo del alcance de cada uno de ellos.

Por ello invito a la revisión del Plan con el detalle del caso, pues sería muy pretensioso en estas pocas líneas resumir, lo que allí se contempló en un primer momento, y que con orgullo puedo decir que al día de hoy ya se van observando los frutos del trabajo tesonero de los funcionarios de la Gerencia Médica y de la Gerencia de Infraestructura principalmente, frutos que serán del uso de todos los costarricenses que ameriten los servicios en el campo de la oncología.

Subproyectos planteados en el inicio, vigentes aún al día de hoy

- A.1 Observatorio de la red oncológica.
- B.1.1.1 Implementación de clínicas de mama.
- B.1.1.2 Fortalecimiento del tamizaje de cáncer de mama.
- B.1.1.3 Sustitución, construcción y equipamiento de servicios de mamografía.
- B.1.2.1 Fortalecimiento del tamizaje mediante citología cervical.
- B. 2 Promoción de estilos de vida saludable.
- B.3.1 Equipamiento para el diagnóstico y tratamiento en la red.
- B.3.2.1 Equipamiento e infraestructura servicio de radioterapia Hospital México.

- B.3.2.4 Compra de un segundo equipo de resonancia magnética para el Hospital Calderón Guardia.
- B.3.2.6 Adquisición de equipo especializado para el Hospital Nacional de Niños.
- B.1.2.2 Actualización tecnológica del laboratorio nacional de citologías.
- B.5.1 Construcción y equipamiento de la Centro Nacional para el Control del Dolor y Cuidados Paliativos.
- B.1.3.2 Fortalecimiento de de la detección temprana y tratamiento oportuno de los cánceres gástrico, próstata y colon. (Centrado en próstata como prioridad).
- C.2 Implementación de los departamentos de Hemato-oncología en los Hospitales Nacionales y el Hospital Nacional de Niños.
- A.3 Desarrollar guías de atención para la atención integral de los cánceres prioritarios con el fin de asegurar una atención oportuna y de calidad en toda la red de servicios.
- B.1.3.1 Dotación de equipamiento para la atención del cáncer gástrico, próstata y colon.
- B3.2.2 Equipamiento e infraestructura del Servicio de Radioterapia del Hospital San Juan de Dios.
- B.3.2.3 Equipamiento e Infraestructura para el Servicio de Oncología Hospital Calderón Guardia HCG
- B.4. 1 Mejorar la calidad de vida de las pacientes con mastectomía mediante un proceso integral de rehabilitación.
- A.4 Desarrollar un Centro de Investigación y de Diagnóstico del Cáncer que permita la generación del conocimiento para mejorar la calidad de la atención del cáncer.
- B.3.2.5 Implementación del Servicio de Tomografía por Emisión de Positrones.
- C.3 Diseño de la Atención en Red.

Hay dos proyectos que no se han incluido en el documento inicial pero que ya tienen un grado de avance importante, estos son el A.2 Formación y Capacitación de Recursos Humanos para la atención del cáncer, el cual se encuentra ya en ejecución en lo que se refiere a la formación por medio de becas en el país y el exterior y en la fase de planeación lo que corresponde a

innovadoras iniciativas que requieren ser diseñados para lo cual el CENDEISSS recién asigna un coordinador del Subproyecto.

Para dar seguimiento al proyecto he procurado tener reuniones semanales con el Director del proyecto Dr. Luis Bernardo Sáenz, de igual forma y por el gran compromiso del doctor con el proyecto, él presenta a la Gerencia un informe mensual escrito de avances del proyecto, mismos que sirven de insumo para el informe que debe presentar la Gerencia cada 4 meses a la Junta Directiva.

De igual forma tenemos reunión cada mes o mes y medio con la Presidenta Ejecutiva con el fin de exponerle los avances del proyecto y así ella pueda tener información lo más actualizada posible.

Se adjunta a este informe el documento denominado: **“Plan de acción para la implementación del proyecto: FORTALECIMIENTO DE LA ATENCIÓN INTEGRAL DEL CÁNCER EN LA RED ONCOLOGICA NACIONAL DE LA CCSS”**.

En cumplimiento al Transitorio III de la Ley 8718 publicado en el Alcance 9 de La Gaceta del 18 de febrero del 2009.

Desarrollo de la Modalidad de Atención Integral a Población Indígena e Indígena Migrante

Este gran logro fue desarrollado por la Comisión integrada para este fin, misma que se denomina: Comisión Modalidad de Atención Integral a Población Indígena e Indígena Migrante y fue publicado en

El Modelo de Atención Integral a la Salud de las Personas de la CCSS, establece el desarrollo de cuatro componentes, a saber: Promoción, Prevención, Curación y Rehabilitación, en los diferentes niveles de atención en salud.

La población de Costa Rica está conformada por un grupo de población indígena que representa el 1,7% de la población y que ha presentado condiciones socio económicas muy bajas, tal como se refleja en el Índice de Desarrollo Social de esta población.

Este índice permite evidenciar las brechas sociales, entre los diferentes cantones del país, en cuatro dimensiones: económicas, participación social, salud y educación. Se expresa con un valor entre 0 y 100 (indica el máximo nivel de desarrollo social).

Los indicadores básicos de salud del 2009, indican que el cantón de Talamanca presenta un Índice de Desarrollo Social de 0,0, seguido por el cantón de Coto Brus con un 4,5 y Golfito con un 6,4, información que se considera valiosa para establecer lineamientos institucionales en estos cantones, donde se concentra la mayoría de la población indígena e indígena migrante.

Costa Rica cuenta con 63.820 habitantes indígenas, distribuidos en ocho grupos étnicos en los cuales se agrupan los veinticuatro territorios indígenas a saber: Cabécar, Bribri, Ngöbe, Térraba, Boruca o Brunca, Huetar, Maleku y Chorotega.

De estos grupos étnicos se destaca que los Cabécar y los Bribris constituyen los grupos con mayor población y territorio respectivamente, siendo los Térrabas y los Chorotegas por el contrario los que cuentan con las menores cifras.

Problemáticas más frecuentes en población indígena

Algunas de las problemáticas que se identifican con mayor frecuencia en las comunidades indígenas en Costa Rica son:

- Pérdida de la autenticidad cultural.
- Condición de pobreza.
- Precarias condiciones de acceso.
- Migración a otras regiones fuera del territorio indígena.
- Alta morbimortalidad por enfermedades infecciosas prevenibles.
- Desnutrición en niños menores de 6 años.
- Inadecuadas condiciones sanitarias (carencia de agua potable, problemas para disposición de excretas y de basura)
- Ausencia de programas de salud reproductiva y de atención prenatal a la población indígena e indígena migrante.

- Carencia de información y educación a la población indígena – indígena migrante sobre temas relacionados con la salud.
- Modelo de atención no adecuado a las condiciones específicas y necesidades de la población indígena e indígena migrante.

De las problemáticas anteriores, fue posible deducir que la salud de la población indígena e indígena migrante es un tema de Salud Pública, ya que las enfermedades y condiciones de vida les afectan, al igual que al resto de la población y por tanto, como institución prestadora de servicios de salud, es responsabilidad de la Caja Costarricense de Seguro Social, cumplir con los principios filosóficos de la seguridad social costarricense, considerando los elementos del enfoque Bio-psico-social de la salud, asumiendo como enfoques transversales los derechos humanos, género e interculturalidad.

Considerando los elementos anteriores, el documento desarrollado contiene una Modalidad de Atención Integral a las poblaciones indígenas e Indígenas altamente móviles, para ser ejecutada en los establecimientos de salud de la CCSS; con la cual se pretende contribuir a mejorar la atención integral de salud que prestan nuestros funcionarios y por ende el perfil epidemiológico de las diferentes poblaciones indígenas que habitan en el país.

La salud es un derecho fundamental de todo ser humano, en la Caja Costarricense de Seguro Social este precepto se cumple en todos sus centros de atención a pesar de que la equidad total es difícil de brindar en un ambiente económico cambiante en nuestra sociedad, es así como el acceso de los pueblos indígenas, a la atención en salud integral bajo un enfoque intercultural es todavía un asunto inequitativo en algunas Áreas de Salud de las Regiones de la CCSS, sustentado por la falta de una política institucional real y efectiva así como la definición de un modalidad de atención adecuada a los eventos propios de los pueblos indígenas e Indígenas altamente móviles.

Es así, como algunos establecimientos de salud, no cuentan con una adecuación del Modelo de Atención Integral en Salud acorde a las características lingüístico-culturales de estas poblaciones, así como a las dinámicas sociales específicas que les caracteriza, debido a que existen barreras

culturales entre población indígena y no indígena, que en ciertos casos han generado aislamiento y pérdida de identidad en las poblaciones indígenas.

El estado de marginalidad aunado a toda la problemática mencionada, expone a algunas poblaciones indígenas a condiciones de pobreza, condiciones ambientales adversas y limitación de acceso a servicios básicos (electricidad, telefonía pública, acueductos, transporte, entre otros), aspectos que influyen en su estado de desarrollo y por ende a su proceso salud-enfermedad

Por lo tanto, el acercamiento y armonización con la realidad de las poblaciones indígenas en la prestación de servicios de salud, es posible desde una visión transdisciplinaria, en donde la formación, capacitación y competencia del personal es fundamental para el respeto de la cultura indígena.

El desarrollo de acciones de salud con orientación intercultural supone reconocer principios básicos, como el respeto en el trato de los usuarios, el reconocimiento de las tradiciones culturales, el combate a la exclusión en la atención y la equidad en salud hacia los distintos grupos étnicos.

La Caja Costarricense de Seguro Social ejecuta un modelo de atención integral a través de una readecuación de su sistema de atención, por lo cual no se pretende crear un nuevo modelo, sino adecuar y crear una Modalidad de Atención Integral para pueblos indígenas, que deberá ser adecuada por los establecimientos de salud, según las especificidades que se presentan en cada contexto.

La operacionalización de esta Modalidad de Atención, requiere de un proceso en donde la comunidad y el equipo de salud se unen en la búsqueda de una respuesta común, activa y responsable en la definición de problemas y prioridades, control de recursos, compromisos en las acciones y evaluación de las mismas.

Se adjunta a este informe el documento denominado: “Modalidad de Atención Integral a Población Indígena e Indígena Migrante”, el cual invito a leer y a poner en práctica por parte de los funcionarios que atienden grupos indígenas en nuestro territorio nacional.

Es importante anotar que este documento está siendo revisado por la Comisión Técnica de Prestaciones Médicas y Seguro de Salud de la Asociación Internacional de Seguridad Social (AISS), en Ginebra Suiza, esto como un aporte y sugerencia de mi parte a la Comisión Técnica de ayudar a los países que cuentan con poblaciones indígenas y que necesitan un documento que apoye el quehacer diario de los funcionarios que prestan servicios de salud.

Conformación del Equipo Técnico de Apoyo Hospitalario (ETAH)

El Equipo Técnico de Apoyo Hospitalario (ETAH) fue creado mediante Acuerdo de Junta Directiva, en el Artículo 5 de la Sesión No. 7976, celebrada el 21 de julio del año 2005, como comisión interventora del Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia a raíz del lamentable incendio ocurrido en dicho centro médico en el mes de julio 2005.

Posteriormente, la Junta Directiva establece en Sesión Extraordinaria No. 8260 celebrada el 19 de junio del 2008, acuerda darle continuidad a la Comisión y pasa a denominarlo Equipo Técnico de Apoyo Hospitalario (ETAH), como un equipo técnico que se constituya en apoyo a la Gerencia Médica.

En dicho acuerdo se asignan al ETAH labores de conducción, direccionamiento, monitoreo y evaluación de los centros de salud, mediante una metodología definida, analizará y estudiará los principales procesos de los centros médicos designados, en los cuales se encuentra la gestión, oferta y demanda de servicios, estado de la infraestructura, dotación de recurso humano, equipamiento, recursos financieros, procesos de contratación, entre otros.

Marco Metodológico

El ETAH desarrolla su metodología de trabajo basada en las siguientes etapas:

- Recopilación y análisis de la información.
- Identificación y ejecución de acciones inmediatas.
- Análisis de situación y elaboración del Plan de Mejoras.
- Análisis y validación del Plan de Mejoras por las autoridades locales.
- Análisis y validación del Plan de Mejoras por la Gerente Médica.
- Entrega del Plan de Mejoras al Consejo de Presidencia y Gerentes.
- Ejecución del Plan de Mejoras por parte de las autoridades locales.
- Seguimiento de la ejecución del Plan de Mejoras por parte de la Gerencia Médica.

En resumen, el ETAH analiza la gestión en los centros designados por la Junta Directiva o por el Consejo de Presidencia y Gerentes y toma la decisión si amerita la elaboración y ejecución de planes de acción inmediata. Posteriormente procede a elaborar planes de mejoras o de desarrollo, los cuales son presentados, analizados y discutidos con las autoridades locales para luego presentarlos a la Gerencia Médica, Junta Directiva y/o al Consejo de la Presidencia y Gerentes para su aprobación final.

Luego de estas etapas se programan visitas a los centros con el fin de darle seguimiento a la ejecución de los planes.

Centros médicos designados.

Los centros médicos que han sido apoyados por el ETAH, durante la presente gestión gerencial, son los siguientes:

Centro médico	Duración estimada	Etapa 1	Etapa 2	Etapa 3	Etapa 4	Etapa 5	Etapa 6	Etapa 7	Etapa 8	Observaciones
Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia	Dos Años									
Hospital San Juan de Dios	Dos años									
Hospital San Rafael de Alajuela	Un año y medio									Se realizó primera visita de seguimiento.
Hospital de las Mujeres Dr. Adolfo Carit Eva	Un año y medio									Se realizó primera visita de seguimiento.
Hospital Monseñor Sanabria	Un año y medio									Se realizó primera visita de seguimiento.
Hospital Dr. Maximiliano Peralta Jiménez										Actualmente destacados.
Hospital San Vicente de Paúl										Ingreso pendiente
Área de Salud de Buenos Aires de Puntarenas										Acompañamiento al Equipo Interventor designado por Junta Directiva
Dirección Regional Servicios de Salud Central Sur										Reunión con los supervisores regionales. Pendiente visitas de campo.
Dirección Regional Servicios de Salud: Central Norte, Huetar Norte, Pacífico Central, Chorotega, Huetar Atlántica, Brunca.										Se realizó una presentación del Plan de Trabajo del E.T.A.H. a los directores regionales. Pendiente de reunión con los supervisores regionales.

Conformación actual del Equipo Técnico de Apoyo Hospitalario (ETAH)

Nombre de Funcionario	Dependencia	Área de apoyo
Dr. Francisco Cubillo Martínez	Hospital Dr. Max Peralta J.	Servicios de Salud (Coordinador)
Dr. Taciano Lemos Pires	Gerencia Médica	Servicios de Salud
Lic. José Vicente Arguedas Mora	Gerencia Administrativa	Recursos Humanos
Ing. Ronald Guzmán Vásquez	Gerencia Médica	Tecnologías de Información y Comunicación
Ing. José Félix Amado González	Gerencia Infraestructura y Tecnologías	Ingeniería y Mantenimiento
Lic. Randall Alberto Torres Núñez	Gerencia Financiera	Presupuesto
Sr. Walter Lizano Murcia <i>(Jubilado a partir de marzo de 2010)</i>	Gerencia Logística	Bienes y Servicios

Próximos Trabajos

- Análisis de la gestión del Hospital Dr. Carlos Luis Valverde Vega.
- Acompañamiento a la gestión del Hospital San Vicente de Paúl de Heredia.
- Continuación de las visitas a las Direcciones Regionales para sensibilizar y conformar equipos regionales de apoyo a la gestión en sus respectivas regiones.
- Trabajo de campo con los supervisores de la Dirección Regional de Servicios de Salud Central Sur.

Intervención de centros médicos y apoyo a la Gestión de los Hospitales

Correspondió a esta Gerencia Médica darle continuación al proceso de intervención del Hospital Rafael Ángel Calderón Guardia, hecho que se da posterior al incendio acaecido en el año 2005.

Se generaron varios procesos administrativos cuya responsabilidad en el orden administrativo, se achacó al Director, al Administrador y al Jefe de Mantenimiento del Hospital, hubo que darle continuidad a estos procesos administrativos, hasta terminar con los mismos en la toma de decisión de despido sin responsabilidad patronal para estos tres funcionarios. Actualmente se encuentra este proceso en un contencioso administrativo, el cual es llevado por el Lic. Andrey Quesada.

Intervención del Hospital san Juan de Dios

En el junio del año 2007 se realiza la intervención del Hospital San Juan de Dios, posterior a un proceso de investigación detallado por parte del Equipo técnico intergerencial de apoyo a los hospitales y coordinado por la Gerencia Médica, y que tuvo como base la denuncia de asuntos diversos por parte de los mismos funcionarios del hospital.

Un proceso que contó con el apoyo de la Auditoría Interna la cual formuló previo a la intervención una cantidad cercana a los 64 informes relacionados con falta de gestión en el ámbito directivo y administrativo de este centro hospitalario. Los mismos sirvieron de base para la toma de la decisión de intervención por parte de la Junta Directiva.

Como resultado de este hecho, se suspendió durante el proceso de la intervención al Director, Subdirector, Administrador y subadministrador del HSJD, a los tres últimos funcionarios posterior a finalizar los procesos administrativos que se les siguieron se les aplicó el despido sin responsabilidad patronal.

Área de Salud de Buenos Aires

Otro de los centros que tuvo que ser intervenido administrativamente, pero con un carácter diferente a los dos anteriores ya que el problema en este centro médico era del orden de clima organizacional en gran parte, de tal forma que la intervención básica se da en este campo.

El papel del Área de relaciones laborales y el GAT, jugaron un papel preponderante. Como dato importante, se tiene el de la cantidad de Directores Médicos, en los últimos años, previo a la

intervención, que estuvieron a cargo de esta Área de salud, suman un número cercano a los 10 directores.

Puede decirse que en este momento, el funcionamiento de este centro es el normal y se logró estabilizar un director médico en el sitio, los disturbios que se daban no se volvieron a presentar.

Conformación del Centro de Gestión Informática de la Gerencia Médica

Dentro de las estrategias novedosas implementadas, en el despacho de la Gerencia Médica, en el ámbito de las nuevas tecnologías, se conformó en el mes de enero de 2008 el Centro de Gestión Informática (CGI) de esta dependencia.

Desde entonces, el CGI de la Gerencia Médica se ha constituido en un punto de coordinación indispensable, tanto para las Direcciones de Sede adscritas a la Gerencia Médica; como para las Direcciones Regionales de Servicios de Salud, los hospitales, las áreas de salud del país y otras instancias, en todo el país.

Hoy día, el trabajo desarrollado por el CGI se ha logrado casi el 100% de cobertura tanto en el soporte técnico requerido, como la asesoría y acompañamiento en los diferentes proyectos de las Unidades Adscritas al Despacho de la GM. Así lo demuestran las estadísticas de los servicios y solicitudes que se administran a través del sistema organizado de solicitudes SOS.

Implementación de metodologías de proyectos, control interno y normativa vigente TIC

Al tratarse de la Gerencia más grande y compleja de la CCSS, se visualiza como un gran avance la implementación de las mejores prácticas de la industria TIC, cada proyecto en el cual ha podido participar el CGIGM. Se ha debido impulsar la cultura informática casi desde un punto muy básico, entre los diferentes actores clave de cada Instancia Usuaria de estos servicios.

Como es lógico pensar, al no existir un ente superior que asesore en dicha materia, las diferentes instancias en la Gerencia Médica operan de muy diversas formas. Constituyéndose esto, en un gran riesgo para la adecuada gestión de los proyectos.

Se impulsa desde entonces el apego a la disciplina de Administración de proyectos, tanto en sus actividades como su documentación, que permita a cualquier persona continuar con las etapas y el debido seguimiento.

Incorporación de lineamientos técnicos para el desarrollo de software en proyectos de impacto nacional

Existen ya algunos productos de software exitosos y documentación valiosa de diferentes sistemas que el CGIGM, ha logrado desarrollar en alguna medida con las Instancias Usuarias o Líderes designados. Aunque al final por diversas razones, que escapan al ámbito TIC, puede que no estén operando en la totalidad de Establecimientos del alcance fijado o no se logró cumplir con todo el ciclo de vida. Algunos son:

- SICOTRA (sistema costarricense de trasplantes)
- NUTRICION (en proceso desarrollo)
- ASUNTOS LEGALES (en proceso desarrollo)
- SOS-SISTEMA DE GESTION DE INCIDENCIAS (soporte técnico TIC, en uso)
- SEGASU (implementado)
- SCCC (sistema telemático de consejería adolescentes)
- REDATAM (en operación Área de Estadísticas de Salud, sistema web para datos egreso)
- Sitios Sharepoint (por ej. Sustituir FTP, para recepción archivos AES)
- Sitios web GM (Lab Paternidad, Farmacovigilancia, otros)

Se encuentra en proceso de desarrollo, en coordinación con el despacho gerencial, algunos sitios en la intranet para promover ambientes colaborativos en las diferentes direcciones, de sede y regionales.

Revisión y organización de funciones CGIGM, según modelo de CGIS vigente.

Desde su creación en enero del 2008, se iniciaron los trámites para estructurar las Subáreas del CGIGM y dotar de los recursos mínimos como nueva Área de la GM. Se elaboró propuesta en conjunto con el Área de Soporte Estratégico, Dirección de Proyección de Servicios de Salud. Este

año, se solicitó nuevamente su formalización por parte de las instancias competentes, con el fin de consolidar los procesos.

A la luz de la crisis institucional, se realizó revisión de funciones con dicha Área, con el fin de delimitar claramente el ámbito de acción del CGIGM, tipo A o Gerencial, sin incumplir con lo establecido en el Modelo de CGIS vigente.

Otros logros

Desarrollo del proceso de Desconcentración (EFECTOS LEY 7852)

RESEÑA CRONOLOGICA

PERIODO 1998-2000: Desarrollo normativo

1998 Promulgación Ley 7852	1999 Reglamento Desconcentración	2000- 2010 Compromiso de Gestión Título III
<ul style="list-style-type: none"> ● 2 PROCESOS (10 arts): <ul style="list-style-type: none"> - Proceso desconcentración (5 arts.) - Proceso juntas de salud (4 arts.). ● Impulsa el proceso desconcentración (facultativo). ● Mayor Autonomía: <ul style="list-style-type: none"> - Presupuesto - Recursos Humanos - Contratación de bienes y servicios ▪ Estudios técnicos previos para desconcentrar establecimientos. ▪ Suscripción Compromiso de Gestión: <ul style="list-style-type: none"> - Concede capacidad para ejercicio de competencias. ▪ Caja define de grado de desconcentración y relaciones internas con desconcentrados. ▪ Otorga personalidad jurídica instrumental al establecimiento para ejercer competencia (P-CA – RH – CG). ▪ Director médico ejerce: 	<ul style="list-style-type: none"> ● Requisitos: <ul style="list-style-type: none"> - Estudios Técnicos - Acuerdo de Junta Directiva. - Suscripción de Compromiso de Gestión. ● Materializa desconcentración máxima y ejercicio personalidad jurídica instrumental. ● Director ejerce la representación legal del centro. ● Mecanismos de suspensión o pérdida de desconcentración. ● Director y subdirector nombrados por Junta Directiva por 5 años. ● Definición de Organización administrativa interna (director médico) ● Condiciones para negociación de Compromiso de Gestión ● Regulaciones específicas en RRHH, contratación y presupuesto. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Marco desconcentración institucional ● Relaciones Interórganicas ● Regulaciones específicas para el período ● Conducción del proceso ● Resolución de controversias ● Acciones correctivas y disciplinarias ● Sistema de evaluación

<ul style="list-style-type: none"> - Administrador grl de establecimiento. - Representación Legal según acuerdo nombramiento de Junta Directiva. 		
--	--	--

PERIODO 2000-2002: Incorporación de 34 centros desconcentrados.

Año	Nº Establecimientos	Metodología selección
2000	14	<ul style="list-style-type: none"> ● Proceso voluntario pero inducido ● Selección discrecional basada en: <ul style="list-style-type: none"> - Plan piloto para la introducción del compromiso de gestión. - Resultados evaluación de compromisos de gestión. - Representatividad por niveles y regiones. - Política institucional.
2001	1	<ul style="list-style-type: none"> ● Discrecionalidad administrativa.
2002	19	<ul style="list-style-type: none"> ● Proceso voluntario pero inducido. ● Estudio de calificación técnica efectuado por las unidades involucradas en el proceso en razón de la materia. ● Criterio favorable de los consejos ejecutivos y las respectivas Juntas de Salud.

AÑO 2005: Propuesta de 21 nuevos centros a desconcentrar (infructuosa).

- Comprendía la Sub red de Heredia.
- Metodología utilizada:
 - Requisitos Técnicos (indispensable cumplimiento):
 - Evaluación de los Compromisos de Gestión
 - Contar con Junta de Salud funcionando
 - Tener al menos un funcionario especialmente dedicado a las labores propias de las materias desconcentradas (P-RH-CA)
 - Aspectos discrecionales:
 - Nivel de atención o grado de complejidad

- Ubicación en la Red de Atención de servicios de salud
- Manifestación expresa de las autoridades del centro, de su interés de participar en el proceso de selección
- Verificación de condiciones necesarias:
 - Auto aplicación de pruebas o instrumentos
- La propuesta no cumplió con las expectativas técnicas y estratégicas de la anterior administración.

AÑO 2006:

DFOE-SA-6-2006: DISPOSICIONES:

- Planificación Estratégico para Proceso:
 - 2008: Plan Estratégico de Desconcentración pendiente ajuste a metodología de selección y evaluación 2010, previa aprobación autoridades superiores.
- Evaluación integral:
 - 2008-2009: Análisis del proceso de desconcentración en la CCSS, presentado al Consejo de Presidencia Ejecutiva y Gerencias, pendiente elevar a conocimiento de Junta Directiva.
- Metodología selección:
 - 2008-2010: Se presenta rediseño de sistema de selección y evaluación a Consejo de Presidencia Ejecutiva y Gerencias.
- Director externo: Actualmente la unidad se encuentra a cargo de un funcionario de la CCSS

AÑO 2007-2008:

- Análisis del proceso de desconcentración en la CCSS (efectos ley 7852) Conclusiones:

- Marco contextual: El modelo de desconcentración responde a los principios de reforma del Estado y el proceso de modernización de la Caja.
- Marco normativo: Se concretó a desarrollar competencias en tres áreas técnicas de apoyo (RH-P-CA), aspectos meramente operativos sin desarrollar condiciones para la gestión integral de los servicios.
- Evaluaciones: No permiten medir el efecto de la desconcentración en la organización de los servicios de salud, reflejando que las condiciones favorables detectadas deriven del proceso, evidenciando que la disponibilidad de recursos no es condicionante para los resultados de la calidad de la gestión en el manejo de los procesos.
- Conclusión general: Los efectos jurídicos aún no alcanzados de la desconcentración promovida por la Ley 7852, resultarían favorables a la separación funcional entre los diversos niveles de la estructura organizacional de la CCSS, para el fortalecimiento tanto de las funciones estratégicas asignadas al nivel superior, como de los principios de oportunidad, eficiencia, eficacia y calidad medulares para el rol operativo del nivel local.

AÑO 2010:

Rediseño del sistema de selección y evaluación proceso de desconcentración (periodo 2010):

- I ETAPA: PROYECCIÓN DE DESARROLLO ORGANIZACIONAL: Congruencia del plan o proyecto de desconcentración con la planificación institucional de corto, mediano o largo plazo.
- II ETAPA: IDENTIFICACION DE CRITERIOS TECNICOS VITALES:
 - Conformación de equipos técnicos gerenciales.
 - Revisión e identificación de procesos sustantivos esenciales por gerencias.
 - Identificación de criterios e indicadores de gestión, recursos y nivel de decisión por proceso sustantivo esencial, para calificar calidad de la gestión.
 - Asignación de pesos relativos y porcentajes por gerencias y por procesos
- III ETAPA: FILTRO DE SELECCIÓN:
 - Comprende 3 fases:
 - 1) Declaratoria de elegibilidad técnica (Direcciones de Sede competentes).

- 2) Aprobación técnica de viabilidad (Comisión Inter-gerencial)
- 3) Aval y Aprobación de autoridades superiores
- IV ETAPA: IMPLEMENTACIÓN DEL PLAN O PROYECTO DE DESCONCENTRACIÓN:
 - Plan o Proyecto de Desconcentración
 - Implementación
 - Evaluación de resultados.

INFORMES AUDITORIA

- ASS-149-R-2010:
 - Elaboración de reglamentación que regule relaciones inteorgánicas de los centros desconcentrados.
- ASS-189-R-2010:
 - Presentar P.E documento definitivo referente al análisis de desconcentración en la CCSS, para conocimiento JD.
 - Definición de política institucional (3 proyectos de reforma a la Ley 7852).
 - Fortalecer y consolidar la conducción estratégica del proceso de desconcentración, de manera que se garantice su direccionamiento, monitoreo y evaluación, así como la participación de los distintos actores en un proceso articulado.
 - Definición y regulación de las relaciones inter orgánicas de los centros desconcentrados.
 - Revisión, ajuste o modificación del marco legal y normativa institucional del proceso de desconcentración.
 - Establecimiento de las competencias a desconcentrar ajustadas al marco legal aplicable.
 - Metodología de la selección de los Órganos a desconcentrar.
 - Capacitación a directores órganos desconcentrados.

Implementación de los consejos de Directores de Sede y de Directores Regionales, Directores de Hospitales Nacionales y Especializados.

Como una tarea de alta religiosidad consideró que deben realizarse los consejos con los Directores Médicos, esto con el fin de mantener estrecha comunicación entre la Gerencia y los diferentes niveles de la Gerencia.

- Consejo con los Directores de Sede Central: Dirección de Proyección de Servicios de Salud, Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud, Dirección de Red de Servicios de Salud, CENDEISS, Dirección de Farmacoepidemiología, Dirección de centros especializados (Banco de Sangre, Laboratorio Nacional de Citologías, Laboratorio de paternidad responsable, Clínica oftalmológica, Centro Nacional del Dolor y cuidados paliativos), Dirección del Proyecto de Fortalecimiento de la Red Oncológica. A este consejo asisten además el subdirector de Desconcentración y Juntas de Salud y los asesores de la Gerencia Médica. La realizó una vez por semana, los días lunes por las tarde.
- Consejo de Directores Regionales: participan los Directores Regionales y el Director de la dirección de Red de Servicios, la realizó una vez por mes. El Director de la Dirección de Red de Servicios se reúne con los Directores Regionales una vez cada 15 días (una de ellas es la que se realiza conjuntamente con la Gerente). En estas reuniones los Directores regionales me informan sobre, asuntos de relevancia que acontecen en las regiones y sus necesidades.
- Consejo de Directores de Hospitales Nacionales y Hospitales Especializados: este consejo es uno de los principales ya que es la forma de que la Gerencia se entere sobre los problemas que tienen estos grandes centros, con el fin de tomar medidas correctivas oportunas, ante eventuales problemas que pueden causar levantamientos sindicales.
- Otro Consejo que convoca la Gerencia es con los asistentes ejecutivos del despacho, el objetivo es ir conduciendo asuntos que tienen que ver con el Área legal del despacho, con asuntos de Junta Directiva, Auditorías, ayudas técnicas y al exterior, Presupuesto, correspondencia y otros asuntos varios.

Instauración del Centro de Control de Operaciones

En el transcurso de los últimos tres años, el Centro de Control de Operaciones (CCO) de la Gerencia Médica se ha constituido en un equipo de trabajo, que se convoca según necesidad, ha permitido asegurar la continuidad en la prestación de servicios en los diferentes centros asistenciales, durante situaciones de emergencia, sean naturales o provocadas por el ser humano.

En este lapso se ha logrado coordinar la logística, la disponibilidad de recursos humanos y financieros, el transporte, la comunicación y el correcto aprovisionamiento de insumos en diversas circunstancias a los centros médicos, tales como:

- la emergencia derivada de la entrada al país del virus AH1N1
- inundaciones y derrumbes en diversas zonas del país
- Terremotos como el de Cinchona
- huelgas y movimientos sindicales

Cabe destacar que, si bien es cierto, hoy día diversas gerencias de la CCSS poseen instancias similares a esta; la Gerencia Médica fue la primera en organizar su equipo de trabajo: directores de sede, personal asistencial del Despacho y personal clave en el engranaje gerencial, con el objetivo de asegurar la continuidad de los servicios a la población de todo el país, siguiendo los lineamientos de la Presidencia Ejecutiva y de la Comisión Institucional de Emergencias.

Uso eficiente de la tecnología en apoyo a la gestión administrativa

Telemedicina

Desde el inicio de la gestión al frente de la Gerencia Médica se propuso brindar tener un mayor acercamiento y brindar un mayor acompañamiento a las unidades prestadoras de servicios de salud. Es por esta razón que se inició con una iniciativa utilizar la tecnología, principalmente la videoconferencia, en apoyo a la gestión administrativa.

Estas tecnologías facilitan la trasmisión y comunicación de imágenes y sonido, lo que repercute en una atención pronta a la problemática, que en nuestro caso, resulta vital por cuanto se trata

de minimizar los riesgo de agravamiento de la salud de las personas y de pérdida de la vidas de nuestros usuarios de los servicios de salud.

La Gerencia Médica ha propiciado la utilización de las tecnologías de información y comunicaciones para mejorar la comunicación de los funcionarios de la Institución mediante el uso de las videocomunicaciones, el aprovechamiento de los recursos ya disponibles en las unidades de la Gerencia con el fin de lograr un aprovechamiento racional de los recursos, propiciar el ahorro económico y de tiempo, promover la capacitación y brindar asesoramiento de la Gerencia a sus unidades a nivel nacional.

Mediante videoconferencia se han desarrollado actividades de *Teleadministración* en apoyo a la gestión administrativa presencial, para efectuar entre otras: reuniones, sesiones administrativas, sesiones de trabajo, entrevistas, seguimiento de proyectos, presentación de informes, tanto a nivel institucional, interinstitucional como internacional, que han contribuido en gran medida en la atención de situaciones de emergencia que afrontaron los servicios de salud en este período.

Por otra parte, la implementación de estas tecnologías en los servicios de salud ha permitido desarrollar el Programa de Telesalud, en el cual destaca la implementación teleconsulta entre los establecimientos que conforman las diferentes redes de servicios, donde aquellos que tienen una mayor capacidad resolutive por complejidad organizacional y funcional apoyan a otros de menor capacidad resolutive, coadyuvando en el fortalecimiento de las redes de servicios de salud y con grandes beneficios para los pacientes, dado que no se requiere de su desplazamiento para su atención a otro establecimiento, lo que redundo en menores gastos para la institución y para los usuarios.

Otras aplicaciones de telemedicina que ha promovido la Gerencia con gran aceptación por parte de los funcionarios de los servicios de salud son las sesiones clínicas, espacios que permiten la educación médica continúa en sus mismos sitios de trabajo, sin tener que desplazarse a grandes distancias y suspender sus actividades diarias de trabajo, lo que redundo en ahorros de gastos de traslado (viáticos), con la ventaja de la participación de los funcionarios de diferentes niveles, se

aprovecha el evento para que los participantes puedan evacuar sus dudas y realizar consultas respecto a los temas tratados.

En materia de aplicación de estas tecnologías, se deben rescatar los esfuerzos que ha realizado la Gerencia, en la implementación de estas tecnologías y la visión que se ha tenido, respecto a ampliar e incorporar a la red un mayor número de usuarios, que ha permitido facilitar su aplicación de acuerdo a las necesidades de cada uno de los centros, como son las actividades en salud, docentes, administrativas, registro de actividades, entre otras.

Otras innovaciones tecnológicas

Asimismo, durante este periodo la Gerencia Médica desarrolló tanto su participación en el portal de **internet** de la institución, dirigiendo información para el público externo (principalmente asegurados); como su presencia en la **intranet** institucional, facilitando el acceso a información estratégica dirigida a los públicos internos (trabajadores) de la CCSS.

Presencia internacional de la Gerencia Médica (Asociación Internacional de Seguridad Social)

De relevancia y como orgullo institucional fue la elección de mi persona a través de concurso promovido por la Asociación Internacional de Seguridad Social (AISS), para representar a la institución ante esta organización como vicepresidenta de la Comisión Técnica de Prestaciones Médicas y Seguro de Salud. Mi participación en la misma inició en marzo del año 2011.

Desde este puesto he podido hacer del conocimiento de muchos expertos en seguridad social de diversos países, de cómo ha podido Costa Rica sostener la seguridad social, aún en épocas difíciles y sobre todo de los logros alcanzados en indicadores de salud que ponen a nuestro país muy a la par de los países desarrollados, en materia de salud.

El tema designado para desarrollar fue “Promoción de enfoques proactivos y preventivos para todos los riesgos” con el subproyecto de apoyo a la salud, para lo cual propuse en la Comisión Técnica que revisáramos el tema “Modalidad de Atención **Integral a Población Indígena e Indígena Migrante**”, tema de gran relevancia para los países americanos y de otros continentes

donde contamos con este tipo de poblaciones y que es indispensable aportar a través de la asociación, instrumentos que sirvan de orientación para los funcionarios que prestan los servicios de salud.

Fue un honor para la Caja Costarricense de Seguro Social, el ser designada para ser sede del primer Seminario Técnico “Estrategias Preventivas para la Cobertura en Seguridad Social de Poblaciones Vulnerables”, para la Región de América del Norte y Centroamérica de la Asociación Internacional de la Seguridad Social (AISS), cuyas actividades se desarrollaron del 24 al 26 de agosto del 2011 en San José, Costa Rica, país al que le fue reconocido su gentil hospitalidad. Tuvo una gran aceptación este seminario, el cual contó con gran cantidad de participantes, incluyendo visitantes de México, Argentina y Uruguay, en coordinación con el ISSSTE de México y funcionarios de la AISS sede Ginebra, Suiza.

Acuerdos presentados ante la Junta Directiva

Durante el periodo 2006-2011 se presentaron numerosos casos ante la Junta Directiva de la institución, mismos que recibieron el beneplácito por parte del Ente Colegiado. Entre estos se puede mencionar:

- Plan piloto para la atención de pacientes neuroquirúrgicos en jornada no ordinaria.
- Plan Piloto del modelo de pago para la atención de pacientes Neuroquirúrgicos en jornada no ordinaria.
- Plan piloto para la atención de pacientes neuroquirúrgicos en jornada ordinaria.
- Proyecto Fortalecimiento de Atención Integral del Cáncer en la Red Oncológica Nacional.
- Jornada de Producción de Mamografías y Ultrasonidos Plan Piloto para la aplicación de jornadas de producción dirigidas al fortalecimiento de la Detección Temprana de Cáncer de Mama.
- Jornada de Formación de Instructores en los Cursos de RCP básico y ACLS reanimación avanzada a nivel nacional.
- Programa de colaboración y actualización de conocimientos entre los equipos responsables de los centros de trasplante de células madre del Hospital México y homólogos Mexicanos.

- Programa Nacional en Salud Mental de la Niñez, Familia y Psiquiatría Infantil (Proyecto de Cooperación internacional entre CCSS-México D.F).
- Perfil funcional para la atención del cáncer (Creación del Consejo Oncológico Institucional- Coordinación Técnica del Cáncer y modelo funcional y organizacional del Departamento de Oncología en los hospitales nacionales generales y hospital Nacional de Niños.
- Alternativa de abordaje dirigida al incremento de biopsias en los Servicios de patologías.
- Programa de Desarrollo Sistema de Información Institucional.
- Plan Piloto para Cirugía Vespertina.
- Programa Atención Integral de Salud CCSS/UCR.
- Plan de Estudio de Necesidades de capacitación de Rec. Humano.
- Protocolo atención del SIDA.
- Convenio CCSS y el instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia (IAFA)
- Informes de producción sobre disponibilidades médicas para el Servicio de Cirugía General, Cuidados Intensivos y Medicina Crítica del Hospital de las Mujeres.
- Modelo funcional y organizacional del Departamento de Oncología Hospitales Nacionales y perfil funcional para la atención del cáncer.
- Plan para el Desarrollo y Fortalecimiento de Servicios de Geriátría en Hospitales Nacionales, Regionales, Periféricos y Clínicas Mayores.
- Reglamento que regula la relación del Residente y su compromiso como especialista en Ciencias de la Salud con la CCSS.
- Estrategia planteada para el abordaje a la problemática de listas de espera por un diagnóstico anatopatológico.
- Evaluación Plan para el Fortalecimiento de la Capacidad Resolutiva en la Especialidad de Oftalmología para Cirugías de Retina y Vitreo.
- Plan institucional de Atención a las personas con Enfermedades Cardiovasculares.
- Avance del Proyecto de Ampliación del Servicio de Radioterapia y Quimioterapia del Hospital México, desempeño de los Aceleradores lineales y gestión del contrato de servicios de terceros.
- Informe sobre la calidad de los Servicios del Centro Médico de Radioterapia Irazú.

- Informes sobre casos de Corrupción y las acciones realizadas al respecto.
- Gestiones realizadas para la adquisición de las Vacunas de Heptavalente contra el Neumococo.
- Informe de incapacidades otorgadas a funcionarios de JAPDEVA.
- Se presentaron un sin número de propuestas para beneficios de Estudios dentro y fuera del país.
- Plan piloto para la atención de pacientes neuroquirúrgicos en jornada no ordinaria.
- Reglamento Único de Disponibilidades Médicas.
- Proyecto de implementación de un banco de leche materna en el Hospital Valverde Vega.
- Derogó el Reglamento para recibir tratamiento de radioterapia con acelerador lineal.
- Actualización de la normativa para autorización de tratamientos de radioterapia con Acelerador lineal.
- Se presentó el Informe Producción en Salud Hospitalaria.
- Reglamento para la prestación de servicios ad-honorem de profesionales en Ciencias Médicas.
- Base de datos sobre pacientes vacunas para el Ministerio de Salud.
- Informe sobre las acciones realizadas con relación al transitorio de médicos en funciones administrativas.
- Informe correspondiente a las ayudas técnicas y cumplimiento a lo establecido en la Ley No. 7600. (personas discapacitadas)
- Informe de la Comisión Nacional de Donación y Trasplante de Órganos, Tejidos y Células.
- Plan de Acción Gerencial y Planes Tácticos del Despacho y Direcciones de Sede.
- Plan de Acción del CENDEISS.
- Metodología para la compra de tiquetes de los becarios de la CCSS.
- Instrumento para la Asignación de becas de los solicitantes.
- Convenio para la prestación de servicios médico-forense entre la CCSS y el Poder Judicial.
- Logros y Retos programa Nacional de Transición Niño-Adolescente-Adulto.
- Puesta en marcha del Centro Nacional de Resonancia magnética.

- Contratos de servicios de diferentes centros médicos, que fueron concursos adjudicados por la Junta Directiva.
- Convenio de cooperación entre el Ministerio de Salud y la CCSS, para la donación de dosis de Vacuna Pentavalente con IPV y Tetravalente con IPV (por cuatro años).
- Declaratoria de Interés institucional para la prevención, detección temprana y atención oportuna del cáncer.
- Racionalización del gasto y se presentaron informe sobre el Plan de Racionalización del gasto en los Establecimientos de Salud de la Gerencia Médica.

PROYECTOS PENDIENTES

Dirección de Farmacoepidemiología:

- Presentar ante el Consejo de Presidencia ejecutiva y Gerentes el documento, “Mecanismos para colaborar con la racionalización de recursos financieros uso de medicamentos con alto costo”. Valorar presentación a Junta Directiva.
- Presentar ante el Consejo de Presidencia ejecutiva y Gerentes el Diagnostico logístico de la situación actual de las bodegas de farmacia de los Hospitales: Calderón Guardia, San Juan de Dios, México, Cartago; Nacional de Niños y Clínica Marcial Rodríguez. Responsables Dr. Albin Chaves y Dr. Esteban Vega.

Dirección de Proyección de Servicios de Salud, CENDEISSS, Dirección de Desarrollo de S.S., Dirección de Red de S.S.:

- Continuar con el trabajo de elaboración del Modelo de Atención para la prestación de servicios de salud.

Dirección de Proyección de Servicios de Salud

- Revisar el Plan funcional de la Nueva Torre del HNN, y coordinar la certificación por parte de la Gerencia Financiera el presupuesto para operar la torre en caso de ser construida.
- Revisar el Plan funcional del CAIS de Siquirres y el del Area de salud de Santa Cruz.
- Pendiente de entregar el documento final de los proyectos: Hospital de Turrialba, el Hospital de Cartago, el Hospital San Juan de Dios y el Hospital de Golfito.

CENDEISSS y Dirección de Proyección de Servicios de Salud.

- Entregar para revisión del nuevo Gerente Médico la propuesta de la distribución de los Médicos Residentes que se graduarán en el 2012.

- Estar al pendiente de la Política de empleo para el año 2012, para coordinar la creación de plazas, para los nuevos médicos especialistas a contratar.

Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud, Dirección de Red de Servicios de Salud y Direcciones Regionales:

- Divulgar la existencia de los documentos elaborados por la DDSS en materia de normativa y regulación (guías Clínicas, protocolos, normas de atención, lineamientos de manejo, etc.).

Dirección de Centros Especializados y la Dirección de Proyección de Servicios de Salud

- Realizar la evaluación del primer semestre de operación del Centro de resonancia magnética, valorar la posibilidad de adscribir el centro al Hospital Calderón Guardia. Presentar esta evaluación ante el Consejo de Presidencia y Gerentes.

Dirección de Red de Servicios de Salud

- Continuar con los asuntos pendientes de COOPESALUD y COOPESAIN: Contratación de Rx, electrocardiograma, Medicina Mixta y de Empresa, estrategia para la atención con médicos especialistas, cirugía ambulatoria, etc.

Dirección de Fortalecimiento de la Red Oncológica Nacional de la CCSS

- Continuar con la elaboración del Plan Institucional de cáncer.
- Promover en la institución la definición sobre el uso del terreno que se trasladó a la CCSS y que estaba destinado a la construcción del Hospital del Cáncer, es importante hablar con el MOPT o CONAVI según corresponda, para que se nos entere sobre proyecto de carretera que pasará por este terreno.

CENDEISSS

- Terminar el documento sobre necesidades de formación de médicos en las diferentes subespecialidades, que no se forman en Costa Rica.
- Cursos de ATAPS y Auxiliares de enfermería, definir su continuidad y el número a formar en los próximos años.

Equipo técnico de Apoyo a Hospitales

- Análisis de la gestión del Hospital Dr. Carlos Luis Valverde Vega.
- Acompañamiento a la gestión del Hospital San Vicente de Paúl de Heredia.
- Continuación de las visitas a las Direcciones Regionales para sensibilizar y conformar equipos regionales de apoyo a la gestión en sus respectivas regiones.
- Trabajo de campo con los supervisores de la Dirección Regional de Servicios de Salud Central Sur.

Equipo especial de intervención presupuestaria

- Analizar y determinar las causas del disparo en el gasto en el HSJD.
- Análisis presupuestario del Hospital San Rafael de Alajuela.

SUGERENCIAS PARA LA BUENA MARCHA DE LA GERENCIA MÉDICA

Durante mi periodo he promovido intensamente el trabajo en equipo, este ingrediente es básico para las múltiples tareas que se desarrollan en la Gerencia Médica:

- Hacer equipo con la Junta Directiva, siempre los Directivos tienen ideas importantes para la mejora de los servicios y es por ello que los equipos técnicos de la Gerencia Médica deben dedicarse a analizar en forma objetiva y responsable no solo las propuestas a llevar para ser aprobadas, sino también las propuestas de los señores de Junta Directiva para valorar su pertinencia y adecuarla a nuestro quehacer diario.
- Hacer equipo con la Presidencia Ejecutiva, es el elemento que le pone el detalle al asunto de gerenciar la institución pues lo ideal es soñar concordantes las Gerencias con la línea de la Presidencia Ejecutiva, cada uno dentro de sus líneas de competencia.
- Hacer equipo con los demás Gerentes ya que son el verdadero equipo con que el gerente médico realizará y planificará los grandes proyectos, no es solo querer hacer las cosas, es lograr la compenetración con las Gerencias dentro de lo que cabe en las competencias de cada una, para de esa manera lograr los objetivos fijados en el Plan Estratégico Institucional. Uno de los gerentes que se aparte de la meta será suficiente para no avanzar exitosamente hacia el destino final planteado.
- Hacer equipo con los Directores de Sede Central, los Directores Regionales, los Directores de los Hospitales y los Directores de las Áreas de Salud, los verdaderos generales en la gran batalla que se libra día a día en la Gerencia Médica. No hay un solo día en el quehacer de la Gerencia donde todos y cada uno de estos funcionarios jueguen un papel primordial. Por supuesto saber cuando uno de ellos está débil es importante, pues necesitará ayuda y urgente, de no abordar de esa manera un problema, el asunto crecerá sin control y necesitará una intervención más radical. El realizar los Consejos Técnicos, con cada uno de estos grupos según lo he detallado en este documento, cimentará la relación del Gerente con los Directores.

- Dejar espacios libres, para que cuando los Gerentes o bien los Directores necesiten una reunión con urgencia, el Gerente Médico esté disponible.
- Sesiones frecuentes con los asesores y asistentes ejecutivos de la Gerencia, estos espacios prácticamente son diarias, pues siempre hay asuntos urgentes que tratar en el Despacho.
- No olvidar los espacios para las reuniones con las diferentes organizaciones sindicales, será el pan nuestro de cada día, se evitarán problemas en los niveles locales si se tiene estrecha relación con los dirigentes sindicales, prevenir un conflicto es mejor que enfrentarse al mismo.
- Atención oportuna a los diferentes representantes de gobierno central y del estado: Ministros, Viceministros, Diputados, atención a la Defensoría de los Habitantes, a la Contraloría General de la República y otras instituciones. Siempre hay solicitudes para que se les atienda y merecen respeto, de tal forma que no debe dilatarse el momento para atender los requerimientos de dichos funcionarios(as).
- Atención especial a los diferentes grupos que representan las comunidades: Juntas de Salud, Asociaciones de Desarrollo, Comités Patrióticos y otras fuerzas vivas de las comunidades que necesitan ser escuchadas.
- Debe el Gerente escuchar a todos y cada una de las personas que le demanden su atención, pero siempre debe apegarse a la Normativa y Reglamentación Institucional, estará así más seguro en la toma de las decisiones. No hay que precipitarse a tomar una decisión, el consultar con las diferentes instancias técnicas institucionales para decir si o no, es básico.
- Un tema de difícil manejo en la Gerencia es la correspondencia, por el volumen de asuntos que se manejan, debe el Gerente tener espacios especiales para su debida revisión y procurar respuestas oportunas y muy bien fundamentadas. En esto se debe estar pendiente de que todo documento producido por los asistentes ejecutivos o bien por los Directores de sede central estén muy bien fundamentados.
- En este periodo me caracterice por evitar atender proveedores externos, la idea es evitar el tráfico de influencias en asuntos de licitaciones o bien compras, donde el atender previo a la adjudicación a un proveedor, no es conveniente y puede ser no muy bien visto.

ESTADO ACTUAL DEL CUMPLIMIENTO DE LAS DISPOSICIONES GIRADAS POR LA CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA

DFOE-SA-6-2006: Informe sobre la desconcentración de hospitales y clínicas de la Caja Costarricense de Seguro Social

4.1.a) Instruir a la Asesoría Técnica Desconcentración y Juntas de Salud (AGLDJD) para que en coordinación con la Dirección de Planificación Institucional, establezca en un plazo de ocho meses contados a partir de la fecha del presente informe, mediante un proceso participativo, una estrategia específica para el proceso de desconcentración, que defina en planes estratégicos y operativos, los objetivos que se pretenden lograr y el alcance de ese proceso donde se delimite la cantidad, tipo y nivel de los centros asistenciales a desconcentrar. Dicha planificación debe integrar y coordinar las actividades a ejecutar para el logro de dichos objetivos, así como contemplar aquellos aspectos que sean necesarios con el fin de brindar una mayor claridad al proceso de desconcentración.

Estado: vencida

Observaciones:

- La Presidencia Ejecutiva comunicó a Contraloría General de la República (CGR) acuerdo Art. 27°, N°8527 y específicamente indica el Plan Estratégico de Desconcentración se elaboró técnicamente por la Área de Gestión Legal, Desconcentración y Juntas de Salud (AGLDJS) y la Dirección de Planificación Institucional (DPI), además que el plan fue formalizado ante la Presidencia Ejecutiva el 20-09-07 y que fue analizado. Se dispuso por la Presidencia Ejecutiva y la Gerencia Médica(GM) que previo al a presentación y eventual aprobación por parte de Junta Directiva(JD), debían abarcarse la atención del resto de las disposiciones, con el fin de que Junta Directiva tuviera todos los elementos de juicio para adoptar una decisión final. Se indicó a la CGR que la implementación del Plan Estratégico de Desconcentración queda supeditado a que se valoren adecuadamente los resultados

esperados con la puesta en práctica de la metodología de selección y evaluación al proceso.

- (PE-41.272-11;26-08-11).
- La Junta Directiva informó a Presidencia Ejecutiva (PE) que acordó aprobar la aplicación de la propuesta metodológica que brindará los elementos técnicos para la decisión final sobre el modelo de organización. Al respecto se instruye a la Presidencia Ejecutiva para afinar los detalles técnicos de la propuesta para la selección y evaluación, el inicio de la aplicación en establecimientos que estratégicamente resulte conveniente, desconcentrados y no desconcentrados. Así como definir la política de desconcentración para continuar o no con dicho modelo organizacional. (Art. 27°, N°8527; 25-08-11; oficioN°41.174;26-08-11).
- Presidencia Ejecutiva remite DFOE-SD-0427 a GM(PE26.642-11;17-05-11)
- CGR concede prórroga de las disposiciones a), b) y c) de manera que la fecha de vencimiento para el cumplimiento es el 29-08-11 (DFOE-SD-0427(04093); 09/05/11)
- II INFORME SEMESTRAL DE AVANCE PROCESO DESCONCENTRACIÓN CCSS (OFICIO 03747).
- La P.E. y GM solicitaron a la CGR prórroga para el cumplimiento de las disposiciones a), b) y c); se incluyó que se ha discutido ampliamente el tema con el fin de la Junta Directiva conociera en forma integral el tema de la desconcentración; en la sesión extraordinaria de 4 de marzo la JD conoció el documentos “Análisis de la desconcentración en la CCSS, efectos de la Ley 7852” y que la comisión ha celebrado 3 sesiones de trabajo (P.E.24.147-11/GM25.191; 25-4-11)
- Con base en lo indicado en el PE 51.561-10/GM-52.272, la CGR concede a la Presidencia Ejecutiva y a la Gerencia Médica la prórroga solicitada de manera que la fecha de vencimiento para el cumplimiento es el 29-04-11 (DFOE-SD-6-2006 (00296); 24-01-11)
- La Presidencia Ejecutiva y la Gerencia Médica solicitaron una ampliación de plazo al 30 de abril de 2011; se indicó de las varias reunión para tratar el tema en el Consejo de Presidencia y Gerentes y del taller que se programó con la Junta Directiva (PE 51.561-10 /GM52.272; 15-12-10).

- CGR concede la prórroga solicitada en la P.E. 47.555-10 y GM-41.917 / AGLDJS-232-10 por la Presidencia Ejecutiva, a las disposiciones a), b) y c) de manera que la fecha de vencimiento para el cumplimiento es el 10-01-11 (DFOE-SD-0919 (10264); 22-10-10)
- La Presidencia Ejecutiva solicitó a la CGR prórroga de 3 meses para el cumplimiento de las disposiciones a), b) y c), en apoyo y en complemento a lo solicitado en el oficio GM-41.917/AGLDJS-232-10 del 27 de setiembre de 2010, de manera que la fecha de vencimiento para el cumplimiento sea 31-12-10 (PE 47.555-10-10; 15-10-10).
- La Gerencia Médica solicitó a la CGR una ampliación de plazo por 3 meses; se incluyó el 80% de avance en la concreción de las acciones de la propuesta metodológica del sistema de selección y evaluación del proceso de desconcentración (GM-41.917 / AGLDJS-232-10; 27-09-10).

Fecha de cumplimiento: 29/08/2011

4.1.b) Ordenar a la Asesoría Técnica Desconcentración y Juntas de Salud que, a partir del próximo año, proceda a coordinar la realización de evaluaciones integrales periódicas al proceso de desconcentración, independientes de las que ejecuta la Auditoría Interna, que le permitan al nivel superior conocer si ese proceso efectivamente marcha hacia la consecución de sus objetivos, de acuerdo con la planificación y las disposiciones normativas vigentes. La periodicidad de esas evaluaciones debe ser definida previamente y su resultado ser comunicado oportunamente mediante informes a la Junta Directiva con el fin de que tome las acciones que correspondan para solventar las debilidades que se determinen. Para realizar esa evaluación integral es fundamental que previamente se cuente con el respectivo sistema de planificación, requerido en la disposición anterior, por cuanto este brindará las herramientas consideradas como insumo esencial en la definición de los parámetros requeridos para efectuar la evaluación; como parte de esos parámetros es fundamental definir los indicadores de desempeño que serán considerados en dichas evaluaciones.

Estado: cumplida

Observaciones:

- La Presidencia Ejecutiva comunicó a CGR se encuentra cumplida con el “Análisis del Proceso de Desconcentración en la Caja Costarricense de Seguro Social (Efectos de la Ley 7852)” elaborado por la AGLDJS de la GM, el cual ha sido ampliamente discutido en el Consejo de Presidencia y Gerentes, así como con la JD. (PE-41.272-11; 26-08-11) PE remite DFOE-SD-0427 a GM (PE 26.642-11; 17-05-11)
- CGR concede prórroga de las disposiciones a), b) y c) de manera que la fecha de vencimiento para el cumplimiento es el 29-08-11 (DFOE-SD-0427(04093); 09/05/11)
- II INFORME SEMESTRAL DE AVANCE PROCESO DESCONCENTRACIÓN CCSS (OFICIO 03747).
- La P.E. y GM solicitaron a la CGR prórroga para el cumplimiento de las disposiciones a), b) y c); se incluyó que se ha discutido ampliamente el tema con el fin de la Junta Directiva conociera en forma integral el tema de la desconcentración; en la sesión extraordinaria de 4 de marzo la JD conoció el documentos “Análisis de la desconcentración en la CCSS, efectos de la Ley 7852” y que la comisión ha celebrado 3 sesiones de trabajo (PE24.147-11/GM25.191; 25-4-11)
- Con base en lo indicado en el PE 51.561-10/GM-52.272, la CGR concede a la Presidencia Ejecutiva y a la Gerencia Médica la prórroga solicitada de manera que la fecha de vencimiento para el cumplimiento es el 29-04-11 (DFOE-SD-6-2006 (00296); 24-01-11)
- La Presidencia Ejecutiva y la Gerencia Médica solicitaron una ampliación de plazo al 30 de abril de 2011; se indicó de las varias reunión para tratar el tema en el Consejo de Presidencia y Gerentes y del taller que se programó con la Junta Directiva (P.E. 51.561-10 / GM52.272; 15-12-10).
- CGR concede la prórroga solicitada en la P.E. 47.555-10 y GM-41.917 / AGLDJS-232-10 por la Presidencia Ejecutiva, a las disposiciones a), b) y c) de manera que la fecha de vencimiento para el cumplimiento es el 10-01-11 (DFOE-SD-0919 (10264); 22-10-10)
- La Presidencia Ejecutiva solicitó a la CGR prórroga de 3 meses para el cumplimiento de las disposiciones a), b) y c), en apoyo y en complemento a lo solicitado en el oficio GM-41.917 / AGLDJS-232-10 del 27 de setiembre de 2010, de manera que la fecha de vencimiento para el cumplimiento sea 31-12-10 (P.E. 47.555-10-10; 15-10-10)

- La Gerencia Médica solicitó a la CGR una ampliación de plazo por 3 meses; se incluyó el 80% de avance en la concreción de las acciones de la propuesta metodológica del sistema de selección y evaluación del proceso de desconcentración (GM-41.917 / AGLDJS-232-10; 27-09-10).

Fecha de cumplimiento: 29/08/2011

4.1.c) Ordenar a la Asesoría Técnica Desconcentración y Juntas de Salud que proceda a efectuar una valoración de la aplicación de la metodología, elaborada en el primer semestre de 2005 para la selección de los establecimientos de salud a desconcentrar, con el fin de realizar los ajustes que se requieran, para que la institución cuente con un instrumento que le permita realizar de la mejor manera la selección de los centros de salud a desconcentrar

Estado: cumplida

Observaciones:

- La Presidencia Ejecutiva comunicó a CGR acuerdo Art. 27°, N°8527, y específicamente indica que dicha disposición **se encuentra cumplida conforme al acuerdo adoptado por J.D. antes citado** y que los afinamientos técnicos requeridos por J.D. resultan en un tema operativo que debe ser atendido en los plazos fijados por este órgano. (PE-41.272-11; 26-08-11)
- Presidencia Ejecutiva remite DFOE-SD-0427 a Gerencia Médica (PE 26.642-11; 17-05-11)
- CGR concede prórroga de las disposiciones a), b) y c) de manera que la fecha de vencimiento para el cumplimiento es el 29-08-11 (DFOE-SD-0427(04093); 09/05/11)
- II INFORME SEMESTRAL DE AVANCE PROCESO DESCONCENTRACIÓN CCSS (OFICIO 03747).
- La P.E. y GM solicitaron a la CGR prórroga para el cumplimiento de las disposiciones a), b) y c); se incluyó que se ha discutido ampliamente el tema con el fin de la Junta Directiva conociera en forma integral el tema de la desconcentración; en la sesión extraordinaria de 4 de marzo la JD conoció el documento “Análisis de la desconcentración en la CCSS, efectos de la Ley 7852” y que la comisión ha celebrado 3 sesiones de trabajo (PE24.147-11/GM25.191; 25-4-11)

- Con base en lo indicado en el PE 51.561-10/GM-52.272, la CGR concede a la Presidencia Ejecutiva y a la Gerencia Médica la prórroga solicitada de manera que la fecha de vencimiento para el cumplimiento es el 29-04-11 (DFOE-SD-6-2006 (00296); 24-01-11)
- La Presidencia Ejecutiva y la Gerencia Médica solicitaron una ampliación de plazo al 30 de abril de 2011; se indicó de las varias reunión para tratar el tema en el CPyG y del taller que se programó con la Junta Directiva (P.E. 51.561-10 / GM52.272; 15-12-10).
- CGR concede la prórroga solicitada en la P.E. 47.555-10 y GM-41.917 / AGLDJS-232-10 por la Presidencia Ejecutiva, a las disposiciones a), b) y c) de manera que la fecha de vencimiento para el cumplimiento es el 10-01-11 (DFOE-SD-0919 (10264); 22-10-10)
- La Presidencia Ejecutiva solicitó a la CGR prórroga de 3 meses para el cumplimiento de las disposiciones a), b) y c), en apoyo y en complemento a lo solicitado en el oficio GM-41.917 / AGLDJS-232-10 del 27 de setiembre de 2010, de manera que la fecha de vencimiento para el cumplimiento sea 31-12-10 (P.E. 47.555-10-10; 15-10-10)
- La Gerencia Médica solicitó a la CGR una ampliación de plazo por 3 meses; se incluyó el 80% de avance en la concreción de las acciones de la propuesta metodológica del sistema de selección y evaluación del proceso de desconcentración (GM-41.917 / AGLDJS-232-10; 27-09-10).

Fecha de vencimiento: 29/08/2011

4.1.d) Girar las instrucciones necesarias con el propósito de que no se vuelvan a presentar situaciones como las sucedidas con la Oficina de Desconcentración, donde actividades ordinarias de la institución fueron realizadas por un consultor externo, quien no tenía competencia para ello al no ser funcionario de la CCSS

Estado: cumplida

Observaciones:

- La Presidencia Ejecutiva indicó a CGR que dicha disposición se encuentra cumplida desde el 2004, en que se asignó la conducción de la unidad encargada del tema a un funcionario del *staff* institucional en sustitución del consultor externo (PE-41.272-11; 26-08-11)

DFOE-SOC-31-2007: Algunos factores que inciden en los tiempos y listas de espera de los servicios de consulta externa en neurocirugía, procedimiento diagnóstico de ultrasonido general y cirugía en ortopedia que se brindan en los tres hospitales nacionales generales de la CCSS

4.3 A LA GERENCIA DIVISIÓN MÉDICA

- a. Proponer ante la Junta Directiva medidas para mitigar los efectos negativos de la carencia de especialistas en anestesia en los Hospitales San Juan de Dios y Dr. Rafael A. Calderón Guardia, y de neurocirujanos en los Hospitales México y San Juan de Dios, hasta tanto cuenten con recurso humano propio. Además, valorar la viabilidad técnica y jurídica de las medidas que se propongan y solicitar la aprobación del citado órgano colegiado a más tardar el 31 de agosto de 2007. Ver punto 2.2., incisos a) y d) de este informe. Estado: Cumplida.
- b. Elaborar un plan de formación de especialistas médicos a corto y mediano plazo, que incluya las especialidades de anestesiología y neurocirugía. Además, establecer el mecanismo para mantener actualizados tanto el plan de formación como el estudio de las necesidades de especialistas médicos que le sirve de base. Remitir a la Contraloría General el plan de formación e indicación del mecanismo de actualización definido a más tardar el 28 de setiembre de 2007. Ver punto 2.2., inciso b) de este documento. Estado: Cumplida.
- c. Emitir a más tardar el 15 de junio de 2007, una instrucción a los directores de los centros médicos de la CCSS que no reportan con regularidad la información sobre los tiempos y listas de espera en cirugías, procedimientos diagnósticos y consulta externa especializada, para que remitan la información de conformidad con la normativa sobre la materia. Ver punto 2.5., inciso a) del presente documento. Estado: Cumplida.
- d. Establecer mecanismos efectivos que permitan asegurar la confiabilidad, calidad, suficiencia, pertinencia y oportunidad de la información que genera la UTLE relativa a las listas de espera, y comunicar a la Contraloría General dichos mecanismos a más tardar al 15 de noviembre de 2007. Ver punto 2.5., incisos a) y b) de este informe. Estado: Cumplida.

- e. Valorar la factibilidad de extender la cobertura de operación del Sistema de Listas de Espera (SILES), y comunicar a esta Contraloría General a más tardar el 31 de agosto de 2007, las acciones que se tomarán sobre el particular. Ver punto 2.5., inciso b) del presente informe. Estado: Cumplida.
- f. Diseñar un informe periódico, adicional al Boletín Informativo sobre Listas de Espera, que presente un análisis del estado de las listas y tiempos de espera, con conclusiones y recomendaciones, y remitirlo a la Junta Directiva para su conocimiento y acuerdos pertinentes. Remitir a este órgano contralor el primero de estos informes a más tardar el 31 de agosto de 2007. Ver punto 2.5., inciso c) de este documento. Estado: En proceso de cumplimiento.

Observaciones:

- Remisión a CGR de Informe Anual de Listas de Espera 2010 (UTLE 339-11; 03-06-11).
 - Remisión a CGR de Informe a CGR (UTLE 244-11, 29-04-11; según UTLE 339-11, 03-06-11)
- g. Revisar y actualizar el Reglamento sobre el funcionamiento de la Unidad Técnica de Listas de Espera, a fin de que la normativa relativa a objetivos, funciones y procedimientos resulte pertinente para la Unidad, así como que incluya la obligatoriedad para todos los centros médicos, de reportar oportunamente ante la UTLE la información sobre las listas de espera de los servicios especializados. El Reglamento ajustado deberá ser sometido a la aprobación de la Junta Directiva, y remitirlo a este órgano contralor a más tardar el 15 de noviembre de 2007. Ver punto 2.5., inciso d) de este informe. Estado: En proceso de cumplimiento

Observaciones:

En revisión de la CGR

DFOE-SOC-85-2007: Informe sobre el sistema de aseguramiento de calidad del proceso de desarrollo de infraestructura de salud de mediana y alta complejidad de la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS).

A LA GERENCIA MÉDICA

Elaborar el estudio sobre -Perfiles de Complejidad de los Establecimientos de la Red de Salud-, de manera que incorporen el criterio especializado de los profesionales en salud de esa Gerencia, y de las Comisiones de las distintas especialidades médicas, a fin de establecer con mayor precisión los servicios, equipamiento y personal que requiere cada centro de salud según su nivel de complejidad y la visión sobre las prestaciones de salud que la institución definió para el 2025, así como considerando los protocolos médicos establecidos. Presentar el 15 de diciembre de 2008 los perfiles de complejidad propuestos. (Ver apartado 2.2.2).

Estado: Vencida

Observaciones:

- Gerencia Médica solicitó a DPSS informe (N° 19065-9; 04/04/11)
- La Gerencia Médica indicó a la PE, en atención a la PE 7.026-11, la que la CGR concedió prórroga al 30-07-2011 según DFOE-SD-0203 (01217)
- CGR concedió prórroga solicitada de manera que la fecha de vencimiento para el cumplimiento de la disposición es el 30-07-2011 (DFOE-SD-0203 (01217); 10-02-11)
- La Gerencia Médica informó a la CGR del proceso a seguir por la GM para el cumplimiento y se solicita prórroga para el cumplimiento. Se hace referencia al oficio GM-33.350 donde se presentó el avance del estudio y las limitaciones presentadas en la actualización del mismo, en especial por la falta de recurso humano formado en estadística (GM-7254; 24-01-11)

- La Gerencia Médica informó a la CGR el detalle del grado de avance. Al 08-09-2010 la propuesta de perfiles se encuentra en un 90% de avance, está pendiente el aspecto de forma, así como la validación con los resultados del estudio de complejidad que se desarrollan en paralelo a la fecha no concluidos (GM-33.350; 09-09-10).
- La DPSS le informó a la Gerencia Médica que el estudio del Sistema de Aseguramiento se encuentra en proceso, por cuanto el tema se refiere al Estudio de Complejidad de Hospitales que actualmente se está elaborando.

Los puntos restantes están concluidos según información suministrada por la CGR (DPSS-0442-07-10; 12-07-10)

Fecha de cumplimiento: 30/07/2011

4.2. a la Gerencia Médica

a) Valorar si el estudio Análisis de Situación de Salud efectuado por la Dirección de Planificación Institucional para el estudio de Perfiles de Complejidad, provee la información necesaria para determinar las áreas de mayor riesgo hacia las cuales la institución debe dirigir sus esfuerzos y recursos en forma prioritaria, y si puede constituir la base para la planificación estratégica de los servicios y del desarrollo de la infraestructura de salud. Informar del resultado de esa valoración a más tardar el 30 de abril de 2008. En caso de determinar que el citado estudio no satisface a cabalidad los propósitos señalados, complementarlo o bien replantearlo, y oficializar el estudio a más tardar el 15 de diciembre de 2008, de lo que se deberá informar a este órgano contralor. (Ver apartado 2.2.2).

Estado: Cumplida

4.3. A LA GERENCIA DE OPERACIONES, GERENCIA MÉDICA Y GERENCIA ADMINISTRATIVA

a) Diseñar un proceso que sirva de modelo para el desarrollo de infraestructura de salud de mediana y alta complejidad, que considere todas las etapas, desde la Planificación Estratégica hasta la Puesta en Operación. Este proceso debe considerar al menos lo siguiente: i. La Planificación estratégica que tome en cuenta las necesidades de salud de la población,

debidamente priorizadas. ii. La identificación de todos los actores institucionales que intervienen, así como los productos (insumos) que deben aportar al proceso. iii. La definición de las características generales de esos productos y el momento en que deben ser suministrados. iv. Los procesos necesarios para desarrollar esos productos y los procedimientos asociados. v. La evaluación del establecimiento, en función de la satisfacción del usuario, después de un periodo de operación razonable que defina la Administración. Además, elaborar el plan de acciones para que el proceso de desarrollo de infraestructura existente se ajuste al modelo diseñado, plan que deberá ser presentado a esta Contraloría General a más tardar el 31 de marzo de 2009. (Ver apartados 2.1.1 y 2.1.2). Estos requerimientos dejan sin efecto la disposición 4.3 incisos a), c) y d) del informe DFOE-SA-25-2006, y subsumen la disposición 4.2 a) del informe DFOE-SOC-86-2006, por lo que las acciones implementadas a la fecha para el cumplimiento de ésta última, deberán ser tomadas como insumo en la implementación de esta disposición.

Estado: Cumplida

b) A LA GERENCIA DE OPERACIONES, GERENCIA MÉDICA Y GERENCIA ADMINISTRATIVA
Definir las características de calidad que deben cumplir los productos elaborados en cada etapa del proceso de desarrollo de infraestructura de salud de mediana o alta complejidad, y desarrollar los instrumentos necesarios para verificar su cumplimiento. Para ello se deberá identificar: i. Los requisitos institucionales que deben cumplir los establecimientos de salud de los diferentes niveles de complejidad con que cuenta la red (políticas operacionales, protocolos, perfiles, etc.). ii. Los requisitos normativos de carácter general aplicables a proyectos de infraestructura, y los aplicables a proyectos de infraestructura de salud. iii. Los requisitos normativos para la operación de los centros de salud. Elaborar un compendio con la normativa definida para el proceso de desarrollo de infraestructura de salud, clasificada por etapa; y comunicarlo a los usuarios a más tardar el 31 de marzo de 2009. Remitir al órgano contralor en esa misma fecha evidencia de la formalización de dicho compendio. (Ver apartado 2.1.2).

Estado: Cumplida

c) Desarrollar, por medio de las unidades que corresponda de esas Gerencias, los manuales de procedimiento para elaborar los productos intermedios que deben proveer como insumo en la etapa del proceso de desarrollo de infraestructura de salud en que participen. Los manuales elaborados deberán concluirse en un plazo de un año, de lo cual se informará a esta Contraloría General a más tardar el 31 de marzo de 2009. (Ver apartado 2.1.2).

Estado: Cumplida.

DFOE-SOC-IF-97-2009: Informe sobre los resultados del estudio relacionado con la efectividad en la gestión de consulta externa de los hospitales nacionales de la Caja Costarricense de Seguro Social

4.2 A LA GERENCIA MÉDICA

a) A más tardar el 26 de febrero de 2010, presentar ante esta Contraloría General una propuesta de mejora en el control del cumplimiento anual de los objetivos y metas comentados en el punto 2.1.1 de este informe y relacionados con soluciones a la problemática de la consulta externa especializada. Esa propuesta debe incluir los objetivos y metas, y para cada uno de ellos, las acciones concretas para su implantación, las fechas de finalización y los responsables, de manera que al 30 de abril de 2010 se culmine con el cumplimiento total de esos objetivos y metas. Al 14 de mayo de 2010, esa Gerencia deberá remitir a este órgano contralor un oficio donde se haga constar la culminación de tales metas, indicando para cada una los resultados logrados y la forma en que ello incidirá en la mejora de la consulta externa.

Estado: en proceso de cumplimiento.

Observaciones:

- La CGR concedió la prórroga solicitada, de manera que la fecha de vencimiento para el cumplimiento de la disposición 4.2 a) es el 15-04-12, según lo solicitado en oficio 37545-RAR-5 (DFOE-SD-0802 (08376); 05-09-11)
- **GM solicitó a CGR una ampliación de plazo hasta el primer semestre del 2014**, por la complejidad de algunas de las actividades así como por replanteamiento de otros productos de la revisión e implementación. Además, se solicitó a la D.R.S.S. (37546-RAR-5; 26-08-11) la actualización y avance del seguimiento a esta disposición para informar a la CGR (37545-RAR-5; 26-08-11)
- GM remitió a CGR "Seguimiento de las recomendaciones 4.2a) y 4.2d)" con plan de trabajo y avances a la fecha (52338-5; 10-12-10)

Fecha de cumplimiento: 15/04/2012

b) A más tardar al 30 de setiembre de 2010, presentar ante este órgano contralor, el documento, aprobado por la Junta Directiva de la CCSS y divulgado en los Centros Hospitalarios respectivos, donde se regula, normaliza y orienta el Servicio de Consulta Externa Especializada y en el que al menos se contemplen los aspectos comentados en el punto 2.1.2 de este informe.

Estado: en proceso de cumplimiento

Observaciones:

- La CGR concedió la prórroga solicitada, de manera que la fecha de vencimiento para el cumplimiento de la disposición 4.2 a) es el 29-02-12, según lo solicitado en oficio 37545-RAR-5 (DFOE-SD-0802 (08376); 05-09-11)
- GM indicó a CGR que el Área de Estadística en Salud está implementado el plan aprobado por JD el 16-12-10 y comunicado el 16 febrero mediante el oficio 7566-5; se anexó información sobre la implementación del Plan (N°33967-5-5; 12-07-11)
- CGR indicó a GM que se debe justificar la solicitud de la ampliación de plazo y remitir el plan elaborado actualizado (DFOE-SD-0566 (05672); 27-06-11)

- GM solicitó a CGR una ampliación del plazo (N°25400-5; 06-05-11)
- GM solicitó a Área Estadísticas en Salud actualizar Plan con el objetivo de solicitar una ampliación del plazo (N°25399-5; 06-05-11)
- GM indicó a CGR que el Plan elaborado por el Área de Estadística en Salud se presentará a J.D. el próximo 16-12-10 (52338-5; 10-12-10)

Fecha de cumplimiento: 29/02/2012

c) A más tardar el 31 de marzo de 2010, presentar ante esta Contraloría General, debidamente coordinada y divulgada con los jefes de las Direcciones Médicas de los Hospitales México, San Juan de Dios y Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia, una propuesta de seguimiento sobre las acciones de solución y mejora que aplicarán esas Direcciones a cada uno de los aspectos comentados en el punto 2.1.3. de este informe, de manera que se coordine y facilite lo que corresponde aportar a ese nivel central. En especial interesan los mecanismos que se utilizarán para identificar y evaluar sanas prácticas en la gestión de los servicios, a fin de divulgarlas e implementarlas según corresponda.

Estado: en proceso

Observaciones:

- En Consejo de Gerencia con los Directores Médicos de los Hospitales nacionales y especializados, estando presente la Licda. Inés Patricia Mora Naranjo, el día 14 de setiembre del 2011 en el Hospital México, se realizó la presentación por parte de las jefaturas de consulta externa de dichos hospitales, quedando el acuerdo que la información presentada debe ser enviada a la Contraloría General de la República a brevedad posible, esto con el objetivo de valorar dar por cumplida esta disposición.
- GM indicó a CGR que se programará una sesión de trabajo en el Consejo de Directores de Hospitales Nacionales y Especializado donde los directores de consulta externa presentarán informes de resultados y estrategias implementadas; se invita a Licda. Inés Mora N de la CGR (N°25400-5; 06-05-11)
- GM remitió a CGR informes de avance de HCG, HSJD y HM (18823-5; 21-03-11)

- Informe de avance del Hospital México (DGHM-0968-2011; 09-03-11)
- Informe de avance del Hospital San Juan de Dios mediante remisión del N°665-JCE-2011 (DG-1462-2011; 09-03-11)
- Informe de avance del Hospital HCG (SDM-0123-03-2011; 08-03-11)
- Gerencia Médica solicitó a HCG, HSJD y HM un informe con los avances y resultados a la fecha (13773-5; 07-02-11)

Fecha de vencimiento: 31/03/2010

d) A más tardar al 26 de febrero de 2010, girar las instrucciones que correspondan para que se corrijan las deficiencias comentadas en el punto 2.2.3. a) de este informe. A más tardar el 31 de marzo de 2010, presentar a esta Contraloría un oficio suscrito junto a los Directores de los centros hospitalarios en cuestión, en el que se haga constar que efectivamente las medidas tomadas, tanto por esa Gerencia como por cada Director garantizan en adelante, la confiabilidad y oportunidad en la información que sobre listas de espera de la consulta externa consta en los boletines de la UTLE.

Estado: en proceso

Observaciones:

- En el Oficio DFOE-SD-0912, la CGR contesta la solicitud de aclaración sobre ampliación del plazo para cumplir con la siguiente disposición, “es criterio de esta Contraloría que con la acreditación del cumplimiento de las actividades a implementarse en abril del 2012, esta administración estaría atendiendo razonablemente lo requerido en la disposición de referencia.
- GM propuso a CGR operacionalizar el indicador de inequidad midiendo las desigualdades que existen en los tiempos de espera para acceder a cita en especialidades médicas. Se planteó la depuración de los registros para el cálculo del indicador, la elaboración de un diagnóstico por especialidad y por centro para construir una línea base; para finalmente medir la mejora en la gestión de citas. La GM dictará las prioridades para todos los hospitales. **La GM solicitó una ampliación de plazo al segundo semestre del**

2013 con el fin de valorar los resultados. Se presentaron los ejes de trabajo para fortalecer la gestión de la consulta externa. El primer eje es la creación de un reglamento para normalizar el accionar del Sistema de Registro y Estadísticas de Salud (SIREDES). Los ejes restantes se encuentran en desarrollo. (37545-RAR-5; 26-08-11)

- GM indicó a CGR que en la reunión del 29 de abril con la Licda. Inés Mora N. se discutieron los avances del plan del Área de Estadística como del trabajo de la UTLE que culminó con la aprobación por J.D. de Política y Lineamientos para la gestión de listas de espera (16-12-10); entre estos facilitar herramientas a los Centros de Salud para mejorar sus sistemas de información; reporte único de L.E. y registro único de L.E. y el replanteamiento según reunión con Licda. Inés Mora N.; se anexa documentación (N°33967-5-5; 12-07-11)
- CGR indicó a GM que no hace referencia específica al aspecto que requiere se replantee ni se aportan los argumentos que fundamenten la solicitud a efectos de que la CGR proceda a realizar la valoración pertinente (DFOE-SD-0566 (05672); 27-06-11)
- GM solicitó a CGR replantear contenido (N°25400-5; 06-05-11)
- GM remitió a CGR "Seguimiento de las recomendaciones 4.2a) y 4.2d)" con plan de trabajo y avances a la fecha (52338-5; 10-12-10).

Fecha de vencimiento: 15 Abril del 2012

e) A más tardar para la planificación del año 2011 y siguientes, instaurar un proceso de revisión y mejora continua, sobre los plazos de acceso a los distintos servicios de consulta externa especializada, definiendo un porcentaje anual mínimo razonable para la disminución de la inequidad en el acceso a esos servicios por especialidad, de manera que se corrija lo señalado en el punto 2.2.3. b) de este informe. Lo anterior, sin perjuicio de lo que sobre el particular se reglamente sobre plazos de espera según lo dispuesto en el literal a) anterior, en cuanto a la meta de reglamentación de esos plazos. Al 30 de setiembre de 2010, presentar a este órgano contralor un oficio en el que se haga constar que dicho proceso de revisión y mejora ha sido instaurado y empezará a operar a más tardar para la planificación del año 2011.

Estado: en proceso de cumplimiento.

Observaciones:

- La CGR concedió la prórroga solicitada, de manera que la fecha de vencimiento para el cumplimiento de la disposición 4.2 a) es el 20-12-13, según lo solicitado en oficio 37545-RAR-5 (DFOE-SD-0802 (08376); 05-09-11)
- GM indicó a CGR que en la reunión del 29 de abril con la Licda. Inés Mora N. se discutió la dificultad de definir un porcentaje anual mínimo razonable para disminuir la inequidad en el acceso a servicios por especialidad; se concluye que con la información disponible no permite calcular el porcentaje solicitado; se debe recopilar la información y elaborar los indicadores, sin embargo, no en el corto plazo por no contemplarse en los PAOs; se estima un año para el análisis. (N°33967-5-5; 12-07-11)
- CGR indicó a GM que se requiere un oficio en el que se haga constar que el proceso de revisión y mejora continua se ha instaurado y empezó a operar, además solicita la documentación a atinente al citado proceso (DFOE-SD-0566 (05672); 27-06-11)
- GM solicitó a CGR ampliar plazo para su cumplimiento (N°25400-5; 06-05-11)
- GM remitió a CGR un "Plan para reforzar la capacidad de atención en la consulta externa de los Hospitales Nacionales" (N°52447-5; 16-12-10)
- La CGR concedió la prórroga solicitada, de manera que la fecha de vencimiento para el cumplimiento de la disposición 4.2 a) es el 20-12-13, según lo solicitado en oficio 37545-RAR-5 (DFOE-SD-0802 (08376); 05-09-11)
- GM indicó a CGR que en la reunión del 29 de abril con la Licda. Inés Mora N. se discutió la dificultad de definir un porcentaje anual mínimo razonable para disminuir la inequidad en el acceso a servicios por especialidad; se concluye que con la información disponible no permite calcular el porcentaje solicitado; se debe recopilar la información y elaborar los indicadores, sin embargo, no en el corto plazo por no contemplarse en los PAOs; se estima un año para el análisis. (N°33967-5-5; 12-07-11)
- CGR indicó a GM que se requiere un oficio en el que se haga constar que el proceso de revisión y mejora continua se ha instaurado y empezó a operar, además solicita la documentación a atinente al citado proceso (DFOE-SD-0566 (05672); 27-06-11)
- GM solicitó a CGR ampliar plazo para su cumplimiento (N°25400-5; 06-05-11)

- GM remitió a CGR un "Plan para reforzar la capacidad de atención en la consulta externa de los Hospitales Nacionales" (N°52447-5; 16-12-10).

Fecha de vencimiento: 20/12/2013.

- Actualmente la CGR está analizando el planteamiento que hizo la Gerencia Médica el 26 de agosto del 2011, mediante oficio N°37545-RAR-5.

Estado: en proceso

f) Remitir a esta Contraloría General a más tardar en los próximos quince días hábiles a la fecha de recibo del presente informe, los documentos en los que consten las acciones iniciales realizadas por esa Gerencia Médica, para dar cumplimiento a lo requerido en los literales de este apartado 4.2.

Estado: cumplida

Observaciones:

- GM comunica a CGR funcionarios designados para conformar Comisión de enlace (GM-57248-2; 17-12-09)

Fecha de vencimiento: 08/01/2010

DFOE-SOC-IF-01-2011: Informe sobre el abordaje del cáncer en Costa Rica

4.4 - A la Gerencia Médica.

*a) Remitir al término de esos **dos meses**, un oficio en el que se haga constar que se tomaron las medidas para dar cumplimiento a esta disposición y copia de los respectivos documentos.*

Estado: Cumplida

Observaciones:

- La Gerencia Médica comunicó a CGR las acciones tomadas: 1-Taller (15-03-11) para revisar la estructura funcional y organizacional de la GM y sus unidades adscritas con el manual organizativo, desarrollo de mecanismos para recolección de información, determinación de acciones, verificar el avance en el desarrollo de responsabilidades y retroalimentar a las autoridades. 2- Nota 25214-9 remitida a CGR el 27-04-11 con las instrucciones para el cumplimiento de la declaratoria de interés y prioridad institucional a la atención del cáncer. (25368-9; 09/05/11)
- La Gerencia Médica remitió a la CGR las instrucciones iniciales para dar cumplimiento a la disposición 4.4.e) mediante oficio GM-25214-9 del 27-04-11, incluyendo matriz de seguimiento Instrucciones para el cumplimiento de la declaratoria de interés y prioridad institucional a la atención del cáncer.

Fecha de cumplimiento: 22/04/2011

*a) Ordenar, dentro de los **dos meses** posteriores al recibo de este informe, a las direcciones adscritas a esa gerencia, con competencias sobre los servicios de salud, que en atención a la declaratoria de prioridad del cáncer emitida por la Junta Directiva, asuman sus responsabilidades en la atención de esa enfermedad, en coordinación con la Unidad Ejecutora del Proyecto de Fortalecimiento. Ver punto 2.2 a) y b) de este informe.*

Estado: cumplida

Observaciones:

- La Gerencia Médica comunicó a CGR las acciones tomadas: 1-Taller (15-03-11) para revisar la estructura funcional y organizacional de la GM y sus unidades adscritas con el manual organizativo, desarrollo de mecanismos para recolección de información, determinación de acciones, verificar el avance en el desarrollo de responsabilidades y retroalimentar a las autoridades. 2- Nota 25214-9 remitida a CGR el 27-04-11 con las instrucciones para el

cumplimiento de la declaratoria de interés y prioridad institucional a la atención del cáncer. (25368-9; 09/05/11)

- La Gerencia Médica remitió a la CGR las instrucciones iniciales para dar cumplimiento a la disposición 4.4.e) mediante oficio GM-25214-9 del 27-04-11, incluyendo matriz de seguimiento Instrucciones para el cumplimiento de la declaratoria de interés y prioridad institucional a la atención del cáncer.

Fecha de cumplimiento: 22/04/2011

*b) Asimismo, remitir en el transcurso de esos **ocho meses** el cronograma solicitado, en el que se detallen las acciones, responsables y fechas para su implementación, además al 20 de setiembre de 2013 un oficio en el que se detallen las mejoras instauradas.*

Estado: En proceso de cumplimiento.

Observaciones:

- Se indicó en el oficio UEP-391-11 que esta disposición se está abordando por medio de la implementación de la declaratoria de interés y prioridad institucional a la atención integral del cáncer, y que la responsabilidad de la ejecución de la declaratoria está a cargo de una Comisión creada para dicho fin (UEP-391-11; 21-09-11).
- **Evidencia del Cumplimiento:** Remitir a la CGR el documento con las acciones y el cronograma desarrollado para lograr que la articulación, integración y evaluación en la atención del cáncer en las redes de servicios de salud, se consolide un proceso sencillo, sistemático y aceptado para la referencia fluida de los pacientes y donde se aclaren e implementen las competencias y roles de las direcciones regionales y locales.

Fecha de cumplimiento: 22/10/2011

*b) Elaborar e implementar, en los **ocho meses** siguientes al recibo de este informe, un cronograma para que a más tardar al **20 de setiembre de 2013**, se corrijan las debilidades comentadas en el punto 2.2 c) y d) de este informe, referidas a la articulación, integración y evaluación en la atención del cáncer en las redes de servicios de salud, se consolide un proceso*

sencillo, sistemático y aceptado para la referencia fluida de los pacientes y se aclaren e implementen las competencias y roles de las direcciones regionales y locales.

Estado: en tiempo.

Observaciones:

- Se indicó en el oficio UEP-391-11 que esta disposición se está abordando por medio de la implementación de la declaratoria de interés y prioridad institucional a la atención integral del cáncer, y que la responsabilidad de la ejecución de la declaratoria está a cargo de una Comisión creada para dicho fin (UEP-391-11; 21-09-11).
- La Dirección del Proyecto de Fortalecimiento de la Atención Integral del Cáncer en la Red de la CCSS no incluyó, en el oficio a la Presidencia Ejecutiva, las acciones realizadas para el cumplimiento de esta disposición en el "Informe sobre las acciones realizadas con el DFOE-SOC-IF-01-2011, sobre el abordaje del cáncer en Costa Rica" (UEP-202-11; 27-05-11)
- **Evidencia del Cumplimiento:** Documento con las acciones y el cronograma para lograr que la articulación, integración y evaluación en la atención del cáncer en las redes de servicios de salud, se consolide un proceso sencillo, sistemático y aceptado para la referencia fluida de los pacientes y donde se aclaren e implementen las competencias y roles de las direcciones regionales y locales.

Fecha de cumplimiento: 20/09/2013

c) Establecer para el Proyecto de Fortalecimiento, en los próximos seis meses a la fecha de recibo del presente informe, la meta (o metas) relacionada (s) con el incremento en la capacidad resolutoria de la Red Oncológica, considerando lo comentado en el punto 2.3.1 de este informe.

Estado: Cumplida

Observaciones:

- La GM remitió a la CGR el documento en que se establecieron las metas e indicadores requeridos cumplir las disposiciones 4.4 c) y 4.4 d), mediante un ejercicio en que se

combinan ambas disposiciones. Se indicó que las “metas relacionadas con el incremento de la capacidad, dependerán de la definición de una línea base con indicadores apropiados a las necesidades y la respuesta de cada uno de los actores del proceso”. Se presentó en el cuadro 1 las Metas e indicadores de los Subproyectos para el Fortalecimiento de la Atención del Cáncer, con objetivo, metas e indicadores, mostrando el aporte que cada uno de los subproyectos dará a los indicadores de resultado del macro proyecto, los cuales son: detección temprana, incremento de la sobrevivida, mejorar la calidad de vida, mejorar la oportunidad de la atención y con los anteriores atenuar el incremento de la incidencia. Se señaló que los subproyectos que están en proceso de definición del alcance, se les asignarán metas e indicadores bajo el mismo enfoque realizado. (Oficio N°33912-9; 22-08-11)

- La Dirección del Proyecto de Fortalecimiento de la Atención Integral del Cáncer en la Red de la CCSS no incluyó, en el oficio a la Presidencia Ejecutiva, las acciones realizadas para el cumplimiento de esta disposición en el "Informe sobre las acciones realizadas con el DFOE-SOC-IF-01-2011, sobre el abordaje del cáncer en Costa Rica" (UEP-202-11; 27-05-11)
- **Evidencia del Cumplimiento:** Documento en el que conste la definición de metas relacionadas con el incremento en la capacidad resolutoria de la Red Oncológica, considerando lo comentado en el punto 2.3.1 del informe.

Fecha de cumplimiento: 22/08/2011

c) Remitir a esta Contraloría General dentro de ese plazo, el documento en el que conste lo establecido al respecto.

Estado: Cumplida

Observaciones:

- La GM remitió a la CGR el documento en que se establecieron las metas e indicadores requeridos cumplir las disposiciones 4.4 c) y 4.4 d), mediante un ejercicio en que se combinan ambas disposiciones. (Oficio N°33912-9; 22-08-11).

Fecha de cumplimiento: 22/08/2011

*d) Definir y adicionar al Proyecto de Fortalecimiento y a los subproyectos que lo conforman, dentro de los **seis meses** posteriores a la fecha de recibo de este informe, por centro de salud y por componente del control del cáncer, las metas e indicadores sobre la atención a los pacientes y el control de la enfermedad, así como los responsables de su cumplimiento.*

Estado: Cumplida

Observaciones:

- La GM remitió a la CGR el documento en que se establecieron las metas e indicadores requeridos cumplir las disposiciones 4.4 c) y 4.4 d), mediante un ejercicio en que se combinan ambas disposiciones. Se indicó que las “metas relacionadas con el incremento de la capacidad, dependerán de la definición de una línea base con indicadores apropiados a las necesidades y la respuesta de cada uno de los actores del proceso”. Se presentó en el cuadro 1 las Metas e indicadores de los subproyectos para el Fortalecimiento de la Atención del Cáncer, con objetivo, metas e indicadores, mostrando el aporte que cada uno de los subproyectos dará a los indicadores de resultado del macro proyecto, los cuales son: detección temprana, incremento de la sobrevivida, mejorar la calidad de vida, mejorar la oportunidad de la atención y con los anteriores atenuar el incremento de la incidencia. Se señaló que los subproyectos que están en proceso de definición del alcance, se les asignarán metas e indicadores bajo el mismo enfoque realizado. (Oficio N°37490-9; 22-08-11)
- La Dirección del Proyecto de Fortalecimiento de la Atención Integral del Cáncer en la Red de la CCSS no incluyó, en el oficio a la Presidencia Ejecutiva, las acciones realizadas para el cumplimiento de esta disposición en el "Informe sobre las acciones realizadas con el DFOE-SOC-IF-01-2011, sobre el abordaje del cáncer en Costa Rica" (UEP-202-11; 27-05-11)
- **Evidencia del Cumplimiento:** Documento actualizado del Proyecto y los subproyectos, con la definición e inclusión de las metas e indicadores sobre la atención a los pacientes y el

control de la enfermedad, así como los responsables de su cumplimiento, por centro de salud y por componente del control del cáncer.

Fecha de cumplimiento: 22/08/2011

*d) Remitir a esta Contraloría General **dentro de ese plazo**, el documento en que se establezcan esas metas e indicadores.*

Estado: cumplida

Observaciones:

- La GM remitió a la CGR el documento en que se establecieron las metas e indicadores requeridos cumplir las disposiciones 4.4 c) y 4.4 d), mediante un ejercicio en que se combinan ambas disposiciones. (Oficio N°37490-9; 22-08-11).

Fecha de cumplimiento: 22/08/2011

*e) Definir e implementar, a más tardar en un **año posterior** a la fecha de recibo del presente informe, las medidas necesarias y oportunas en los tres niveles de atención, para el cumplimiento del contenido de la declaratoria de interés y prioridad institucional del cáncer, de manera que se corrijan las deficiencias sobre el alineamiento de planes y compromisos, involucramiento al personal en las mejoras, la eficiencia en el uso de los recursos de la red y los informes y seguimiento de la gestión de esa declaratoria, debilidades comentada en el punto 2.4 este informe.*

Estado: En proceso de cumplimiento.

Observaciones

- La Gerencia Médica realizó reunión el 26-05-11 para determinar los mecanismos de implementación de las estrategias planteadas para cumplir con la declaración, así como los responsables de la ejecución de los mecanismos de implementación.

- **Evidencia del Cumplimiento:** Implementar las medidas definidas "en los tres niveles de atención, para el cumplimiento del contenido de la declaratoria de interés y prioridad institucional del cáncer, de manera que se corrijan las deficiencias sobre el alineamiento de planes y compromisos, involucramiento al personal en las mejoras, la eficiencia en el uso de los recursos de la red y los informes y seguimiento de la gestión de esa declaratoria".

Fecha de cumplimiento: 22/02/2012

*e) Remitir dentro del **mes posterior** al recibo del presente informe, las instrucciones iniciales para dar cumplimiento a esta disposición y al 15 de marzo de 2012, el detalle de las acciones implementadas para corregir cada una de las deficiencias del citado punto 2.4.*

Estado: Cumplida

Observaciones:

- La Gerencia Médica comunicó a la CGR las instrucciones iniciales para dar cumplimiento a la disposición 4.4.e) mediante oficio GM-25214-9 del 27-04-11. Se adjuntó matriz de seguimiento "Instrucciones por parte de la Gerencia Médica para el cumplimiento de la declaratoria de interés y prioridad institucional a la atención del cáncer Acuerdo de Junta Directiva según Artículo 9°, sesión N°8317, del 22 de enero de 2009."

Fecha de cumplimiento: 22/03/2011

*e) Remitir dentro del mes posterior al recibo del presente informe, las instrucciones iniciales para dar cumplimiento a esta disposición y al **15 de marzo de 2012**, el detalle de las acciones implementadas para corregir cada una de las deficiencias del citado punto 2.4.*

Estado: En proceso de cumplimiento.

Observaciones

- La Gerencia Médica comunicó a la CGR las instrucciones iniciales para dar cumplimiento a la disposición 4.4.e) mediante oficio GM-25214-9 del 27-04-11, incluyendo matriz de seguimiento Instrucciones para el cumplimiento de la declaratoria de interés y prioridad institucional a la atención del cáncer.
- **Evidencia del Cumplimiento:** Se deberá remitir a la CGR un oficio con el detalle de las acciones implementadas para corregir cada una de las deficiencias del citado punto 2.4. antes del 15-03-12.

Fecha de cumplimiento: 15/03/2012

*f) Girar instrucciones a las direcciones de servicios de salud, dentro de los **tres meses** posteriores al recibo de este informe, para que los profesionales en salud apliquen y consignen en los expedientes las actividades de prevención y detección temprana del cáncer. Ver punto 2.5 de este informe.*

Estado: Cumplida.

Observaciones

- La GM instruyó a los Directores Regionales, Directores Médicos, Hospitales Nacionales y Especializados, Hospitales Regionales, Hospitales Periféricos, Clínicas Metropolitanas y Áreas de Salud con las indicaciones para mejorar el registro de acciones de prevención y detección temprana del cáncer en los expedientes de salud de la CCSS, con el fin de que se consigne en los expediente médicos toda la información que se realiza durante el acto médico (27247-9; 25-05-11).

Fecha de cumplimiento: 22/05/2011

*f) Remitir a este Órgano Contralor **dentro de ese plazo**, copia de las instrucciones giradas.*

Estado: Cumplida.

Observaciones

- La GM remitió a la CGR las instrucciones giradas en el oficio 27247-9 (CGR27248-9; 25-05-11)
- La GM instruyó a los Directores Regionales, Directores Médicos, Hospitales Nacionales y Especializados, Hospitales Regionales, Hospitales Periféricos, Clínicas Metropolitanas y Áreas de Salud con las indicaciones para mejorar el registro de acciones de prevención y detección temprana del cáncer en los expedientes de salud de la CCSS (27247-9; 25-05-11)

Fecha de cumplimiento: 22/05/2011

*g) Establecer, a partir del **31 de agosto de 2011**, como parte de la autoevaluación y mejora continua de las áreas de salud, verificaciones en los expedientes para que situaciones como las comentadas en el punto 2.5 de este informe no se repitan.*

Estado: en proceso

Observaciones

- La CGR concede la prórroga solicitada para el cumplimiento, de manera que la fecha de vencimiento para el cumplimiento es el 22 de marzo de 2012 (DFOE-SD-0774; 25-08-11).
- GM solicitó a CGR una ampliación de plazo para el cumplimiento de disposición 4.4 g) del 22/08/11 al 22/03/12, fecha en que se dispondrá de los resultados. Lo anterior por la implementación de las acciones 4.4 f) instruyendo a D.C.S.S. y al Área de Estadística en la elaboración de la metodología para la evaluación y a la D.R.S.S. elaborar la estrategia para la implementación y el monitoreo; se designó a Dr. LB Sáez como coordinador de Comisión Gerencial (37425-9; 10/08/11).
- GM instruyó a D.C.S.S. y al Área de Estadística en la elaboración de la metodología para la evaluación (4.4 f) y a la D.R.S.S. elaborar la estrategia para la implementación y el monitoreo; se designó al Dr. LB Sáez como coordinador de la Comisión Gerencial para atender las disposiciones del informe (37424-9; 10/08/11).

- **Evidencia del Cumplimiento:** Se deberá realizar un reporte con los resultados de la autoevaluación realizada mediante la verificación de los expedientes, indicando que se han corregido las situaciones señaladas en el punto 2.5.
- La CGR concede la prórroga solicitada para el cumplimiento, de manera que la fecha de vencimiento para el cumplimiento es el 22 de marzo de 2012 (DFOE-SD-0774; 25-08-11).
- GM solicitó a CGR una ampliación de plazo para el cumplimiento de disposición 4.4 g) del 22/08/11 al 22/03/12, fecha en que se dispondrá de los resultados. Lo anterior por la implementación de las acciones 4.4 f) instruyendo a D.C.S.S. y al Área de Estadística en la elaboración de la metodología para la evaluación y a la D.R.S.S. elaborar la estrategia para la implementación y el monitoreo; se designó a Dr. LB Sáez como coordinador de Comisión Gerencial (37425-9; 10/08/11).
- GM instruyó a D.C.S.S. y al Área de Estadística en la elaboración de la metodología para la evaluación (4.4 f) y a la D.R.S.S. elaborar la estrategia para la implementación y el monitoreo; se designó al Dr. LB Sáez como coordinador de la Comisión Gerencial para atender las disposiciones del informe (37424-9; 10/08/11).
- **Evidencia del Cumplimiento:** Se deberá realizar un reporte con los resultados de la autoevaluación realizada mediante la verificación de los expedientes, indicando que se han corregido las situaciones señaladas en el punto 2.5.

Fecha de cumplimiento: 22/03/2012

g) Remitir a esta Contraloría General, dentro de ese plazo, un reporte con los resultados de esa autoevaluación.

Estado: en proceso.

Observaciones

- La CGR concede la prórroga solicitada para el cumplimiento, de manera que la fecha de vencimiento para el cumplimiento es el 22 de marzo de 2012 (DFOE-SD-0774; 25-08-11).
- GM solicitó a CGR una ampliación de plazo para el cumplimiento de disposición 4.4 g) del 22/08/11 al 22/03/12, fecha en que se dispondrá de los resultados. Lo anterior por la

implementación de las acciones 4.4 f) instruyendo a D.C.S.S. y al Área de Estadística en la elaboración de la metodología para la evaluación y a la D.R.S.S. elaborar la estrategia para la implementación y el monitoreo; se designó a Dr. LB Sáez como coordinador de Comisión Gerencial (37425-9; 10/08/11).

- **Evidencia del Cumplimiento:** Se deberá remitir a la CGR el reporte realizado con los resultados de la autoevaluación de los expedientes indicando que se han corregido las situaciones señaladas en el punto 2.5.

Fecha de cumplimiento: 22/03/2012

h) Implantar, al 31 de enero de 2012, una estrategia o conjunto de acciones que promueva una cobertura más razonable y equitativa entre las diferentes áreas de salud, en relación con las actividades de prevención y detección temprana a la población en riesgo de cáncer, así como los mecanismos de seguimiento de esas acciones.

Estado: en tiempo.

Observaciones

- La Dirección del Proyecto de Fortalecimiento de la Atención Integral del Cáncer en la Red de la CCSS no incluyó, en el oficio a la Presidencia Ejecutiva, las acciones realizadas para el cumplimiento de esta disposición en el "Informe sobre las acciones realizadas con el DFOE-SOC-IF-01-2011, sobre el abordaje del cáncer en Costa Rica" (UEP-202-11; 27-05-11)
- **Evidencia del Cumplimiento:** Implantar una "estrategia o conjunto de acciones que promueva una cobertura más razonable y equitativa entre las diferentes áreas de salud, en relación con las actividades de prevención y detección temprana a la población en riesgo de cáncer, así como los mecanismos de seguimiento de esas acciones".

Fecha de cumplimiento: 31/01/2012

h) Remitir a esta Contraloría General, dentro de ese plazo, la documentación en la que se haga constar la implantación de esas acciones en todas las áreas de salud.

Estado: en tiempo.

Observaciones

- Evidencia del Cumplimiento: Remitir a la CGR, antes de la fecha de cumplimiento, la documentación con la evidencia de que se implantó una "estrategia o conjunto de acciones que promueva una cobertura más razonable y equitativa entre las diferentes áreas de salud, en relación con las actividades de prevención y detección temprana a la población en riesgo de cáncer, así como los mecanismos de seguimiento de esas acciones".

Fecha de cumplimiento: 31/01/2012

*i) Implementar, a más tardar el **31 de julio de 2012**, registros completos, actualizados y de fácil acceso para el personal de las áreas de salud, en relación con la población en riesgo de cáncer atendida en las actividades de prevención y detección temprana, los tiempos transcurridos en los distintos puntos de la cadena de atención del paciente, y que se actualice y ponga a disposición información sobre los datos de incidencia de la enfermedad, según se comentó en el punto 2.7 de este informe.*

Estado: En tiempo

Observaciones

- La Dirección del Proyecto de Fortalecimiento de la Atención Integral del Cáncer en la Red de la CCSS no incluyó, en el oficio a la Presidencia Ejecutiva, las acciones realizadas para el cumplimiento de esta disposición en el "Informe sobre las acciones realizadas con el DFOE-SOC-IF-01-2011, sobre el abordaje del cáncer en Costa Rica" (UEP-202-11; 27-05-11)
- **Evidencia del Cumplimiento:** Definir e implementar una estrategia y acciones para obtener "registros completos, actualizados y de fácil acceso para el personal de las áreas de salud, en relación con la población en riesgo de cáncer atendida en las actividades de prevención y detección temprana, los tiempos transcurridos en los distintos puntos de la

cadena de atención del paciente, y que se actualice y ponga a disposición información sobre los datos de incidencia de la enfermedad".

Fecha de cumplimiento: 31/07/2012

*i) Remitir a esta Contraloría General, **dentro de ese plazo**, un informe sobre las medidas tomadas y sus resultados.*

Estado: en tiempo.

Observaciones

- **Evidencia del Cumplimiento:** Remitir a la CGR un informe que contenga la estrategia y acciones implementadas para obtener "registros completos, actualizados y de fácil acceso para el personal de las áreas de salud, en relación con la población en riesgo de cáncer atendida en las actividades de prevención y detección temprana, los tiempos transcurridos en los distintos puntos de la cadena de atención del paciente".

Fecha de cumplimiento: 31/07/2012.

ESTADO ACTUAL DEL CUMPLIMIENTO DE LAS DISPOSICIONES O RECOMENDACIONES QUE DURANTE SU GESTIÓN LE HUBIERA GIRADO ALGÚN OTRO ÓRGANO DE CONTROL EXTERNO, SEGÚN LA ACTIVIDAD PROPIA DE CADA ADMINISTRACIÓN.

Sala Constitucional: Recursos de amparo

El Área Legal de la gerencia Médica atiende estos asuntos, no contamos con los datos del 2007 y 2008 ya que no se contaba con un sistema de información de control de correspondencia. Es a partir del 2009 que la Gerencia a través de su C.G.I., logra instalar el SEGAZU en forma parcial, en las diferentes áreas donde se encuentran los asistentes administrativos, sistema con el cual ya es más fácil obtener datos de la cantidad de recursos de amparo atendidos.

En el año 2009 se cuenta con el dato de que se atendieron 114 recursos, sin embargo por lo anterior expuesto, es posible que muchos de ellos no fueran debidamente contabilizados. En el año 2010 se atiende un total de 606 amparos y para el 2011 a la fecha ya se han atendido 295 recursos de amparo.

Defensoría de los Habitantes: Informes atendidos

También atendidos por el Área Legal de la Gerencia, se cuenta con un total de 29 informes debidamente atendidos en el año 2010. Y para lo que va del año 2011, hay 70 casos registrados.

Cumplimiento de las recomendaciones formuladas por la Auditoría Interna

El Despacho de la Gerencia Médica ha realizado un seguimiento y un análisis minuciosos de los informes remitidos por la Auditoría Interna, con el fin de dar solución efectiva a las debilidades u otras observaciones emitidas por este ente, donde se encuentran diferencias entre los procedimientos establecidos, autorizados y el quehacer de las unidades en la realidad práctica de los mismos.

Se muestra a continuación el comportamiento de los informes que están bajo control y seguimiento por el Área de Informes de Auditoría de esta Gerencia.

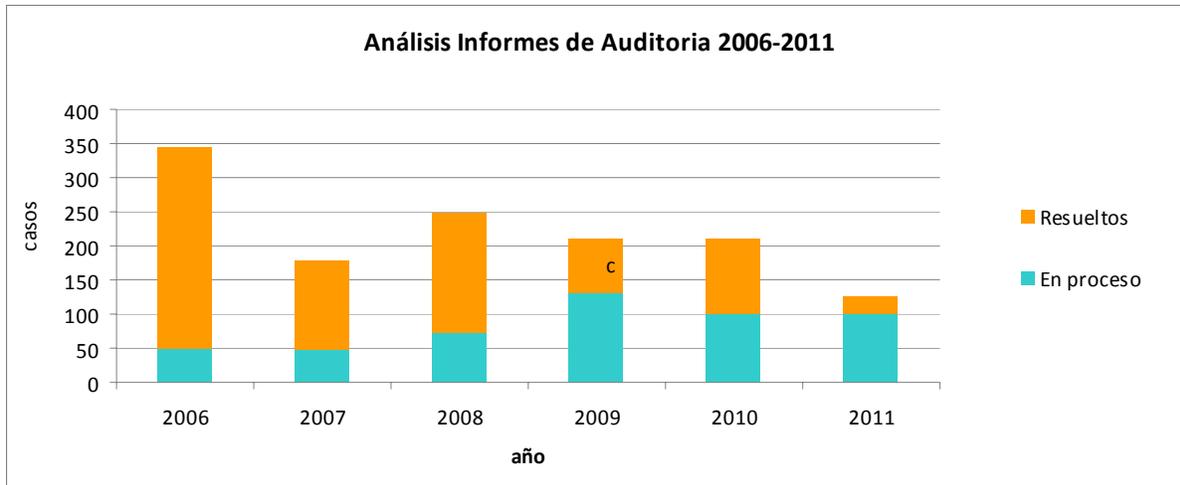
Los resultados generales del periodo se muestran en la tabla siguiente;

INFORMES DE AUDITORIA 2006-2011

AÑO	2006	2007	2008	2009	2010	2011
En proceso	50	48	72	130	100	100
Resueltos	295	130	175	80	111	24
TOTAL	345	178	247	210	211	124

Fuente: Base de datos. Área Informe de Auditoría. Gerencia Médica. 18-08-2011

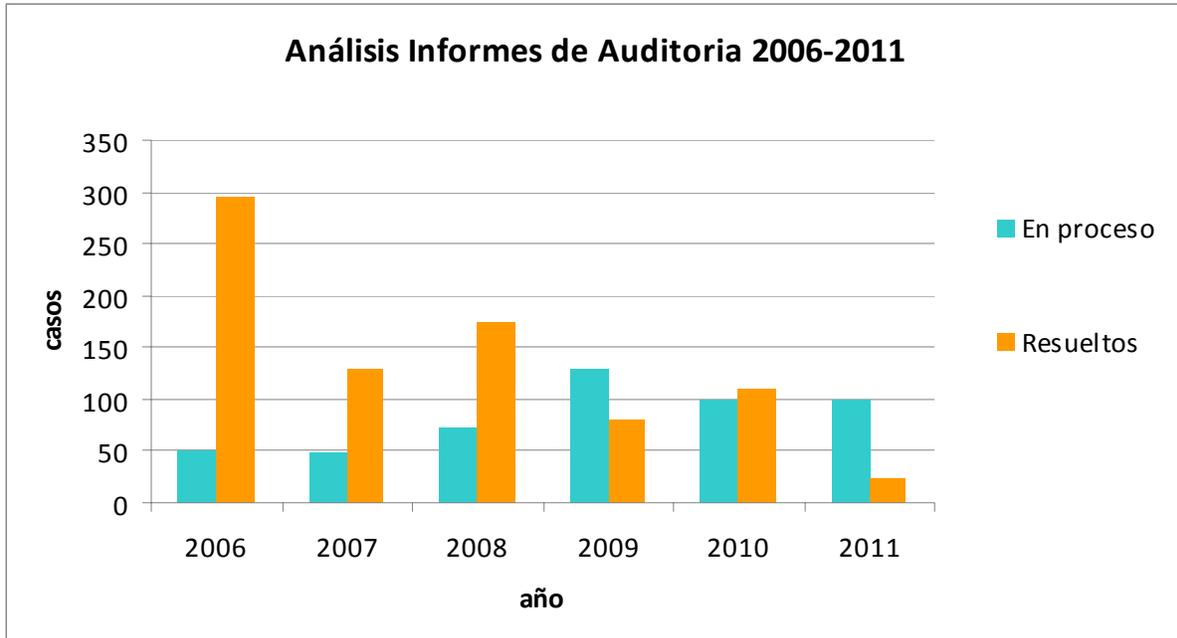
De la información anterior se desprenden los siguientes gráficos que muestran el comportamiento del total de los informes de Auditoría tramitados por el Despacho.



El gráfico anterior muestra el comportamiento de los Informes de Auditoría que ingresan a este Despacho, mismos que obedecen a demanda por parte del Ente Auditor.

Esta Gerencia realiza el análisis de los informes, del cual se derivan informes resueltos y en proceso, según la ejecución de las recomendaciones planteadas.

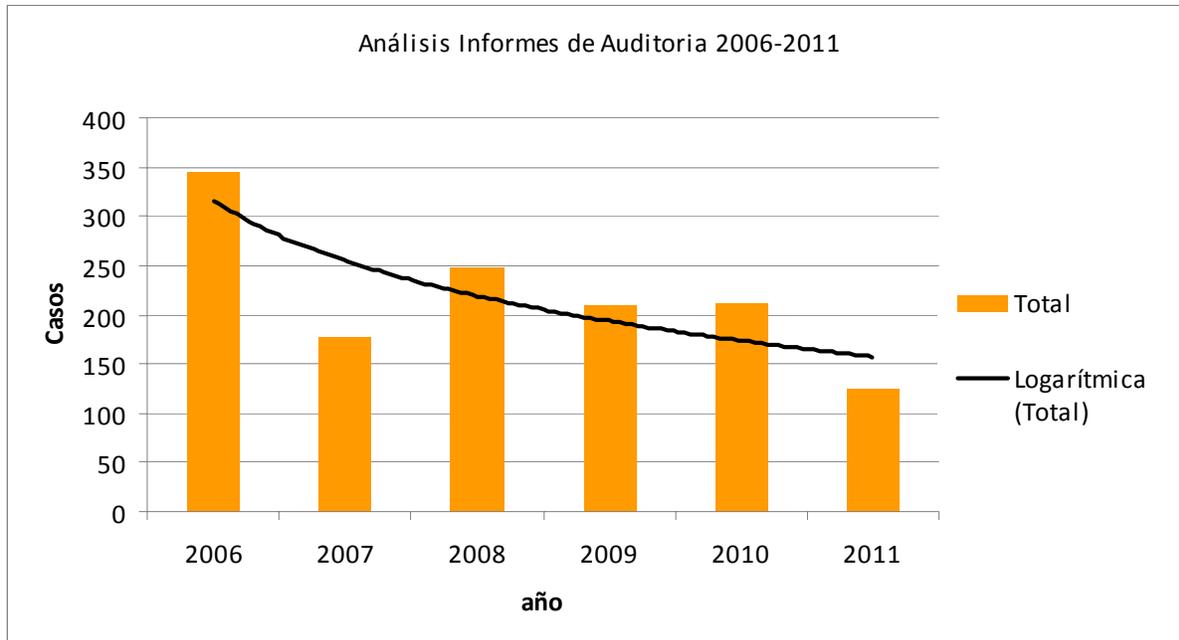
Es importante indicar que los informes en proceso pueden abarcar un período de un año o más, de acuerdo a su complejidad. Toda vez, que la cifra límite siempre se ha mantenido menor de 100, a excepción del año 2009. (Debido a los informes integrales de las diferentes especialidades).



Como se observa en el gráfico 2, en el año 2006 se resuelve un 85% de los informes. Siendo que en el año 2007 un 73%.

Para el año 2008 la resolución de los casos es del 71%. Y para el año 2009 un 38%. Es importante resaltar que en este año, la Auditoría Interna inició los estudios integrales en los servicios de las diferentes especialidades en los centros, los cuales por la complejidad de las recomendaciones emitidas, a la fecha se encuentran en proceso.

Del año 2010 se cuenta con un 53% de resolución, y en el presente año se ha resuelto un 19% a agosto 2011, de los casos ingresados.



Como se observa en el gráfico 3, la cantidad de los informes que ha remitido la Auditoría Interna ha disminuido conforme avanza el tiempo, lo que implica que se ha realizado una mejor gestión en las unidades, con un mayor cumplimiento de los procedimientos y normativa institucional vigente.

Con respecto a los informes que se encuentran en proceso, obedecen a la implementación de acciones de largo y mediano plazo, por cuanto requieren o están sujetas a la asignación de recursos financieros, infraestructura, humanos o estudios técnicos, entre otros, según corresponda.

ACCIONES EMPRENDIDAS PARA ESTABLECER, MANTENER, PERFECCIONAR Y EVALUAR EL SISTEMA DE CONTROL INTERNO EN LA GERENCIA MÉDICA

La Ley General de Control Interno N° 8292, establece en el artículo N° 17 que la administración activa debe realizar, por lo menos una vez al año, una auto evaluación, con el fin de identificar debilidades en el Sistema de Control Interno y proponer soluciones que conduzcan al mejoramiento de la gestión de la cual es responsable.

Debido a que a partir de enero 2010 empezaron a regir las nuevas normas de control interno, fue necesario modificar el instrumento de auto evaluación, razón por la cual es difícil realizar una comparación de los resultados obtenidos, ya que el método para evaluar cada componente fue muy diferente con respecto a los años anteriores.

Para cumplir con lo indicado, los titulares subordinados de las dependencias de la Gerencia Médica, aplicaron el instrumento institucional diseñado para tal fin en los meses de noviembre a 2010 a enero 2011.

El nuevo instrumento fue muy bien aceptado por parte de los titulares subordinados, ya que su aplicación es sumamente sencilla, aunque consideran que los ítems son muy abarcadores, lo que en algunos de ellos se les hace difícil definir el grado de avance.

Metodología de trabajo

Debido a la complejidad de la Gerencia Médica por la gran cantidad y variedad de Dependencias, fue necesario definir una metodología de trabajo, que garantizara contar con los resultados en la fecha establecida por la Dirección de Sistemas Administrativos.

A continuación se presenta una descripción paso a paso del trabajo realizado:

- a) En la reunión trimestral de facilitadores de Control Interno de Direcciones de Sede, Hospitales Nacionales, Hospitales Especializados, Direcciones Regionales y Despacho de Gerencia de la Gerencia Médica, realizada el 08 de noviembre del 2010, la Dirección de Sistemas Administrativos (DSA) presentó la herramienta a utilizar para la autoevaluación de control interno 2010, adicionalmente, entregó a cada facilitador el archivo y el instructivo correspondientes. Posteriormente, según instrucciones de la DSA, se indicó a los Titulares Subordinados tenían un plazo no mayor al 25 de enero del 2011 para realizar la autoevaluación
- b) En reunión de Enlaces Gerenciales de Control Interno, del 02 de febrero del 2011, la DSA presentó la herramienta “Consolidador”, que se utilizaría para realizar la consolidación de las autoevaluaciones acompañada de una breve capacitación para su aplicación. Debido a que requería de unos ajustes, fue enviada al Enlace de la Gerencia médica el 04 de febrero del 2011.
- c) El día 04 de febrero del 2011, vía correo electrónico, se envió a los Facilitadores Control Interno de la Gerencia Médica, la herramienta “Consolidador”, junto con el formato del documento impreso con la forma en que deberían presentar los resultados, así como una guía escrita y un video con el procedimiento a aplicar para su elaboración, documentos que facilitarían el procesamiento de la información.
- d) Mediante la nota GM-7556, del 07 de febrero del 2011, suscrita por la Dra. Rosa Climent Martin, Gerente Médico, dirigida a Directores de Sede, se enviaron los lineamientos relacionados con la consolidación de Auto evaluación 2010 y se instruyó como fecha límite para envío del consolidado a la DPSS el 11 de marzo del 2011.
- e) Mediante la nota GM-7557, del 07 de febrero del 2011, suscrita por la Dra. Rosa Climent Martin, Gerente Médico, dirigida a Directores Regionales, se enviaron los lineamientos relacionados con la consolidación de Auto evaluación 2010 y se instruyó como fecha límite para envío del consolidado a la Dirección Red de Servicios de Salud el 11 de marzo del 2011. (Se otorgó plazo al 18 de marzo del 2011 para entrega de consolidado Regional)
- f) Mediante la nota GM-7558, del 07 de febrero del 2011, suscrita por la Dra. Rosa Climent Martin, Gerente Médico, dirigida a Directores de Hospitales Nacionales, se enviaron los

lineamientos relacionados con la consolidación de Auto evaluación 2010 y se instruyó como fecha límite para envío del consolidado a la DPSS el 11 de marzo del 2011.

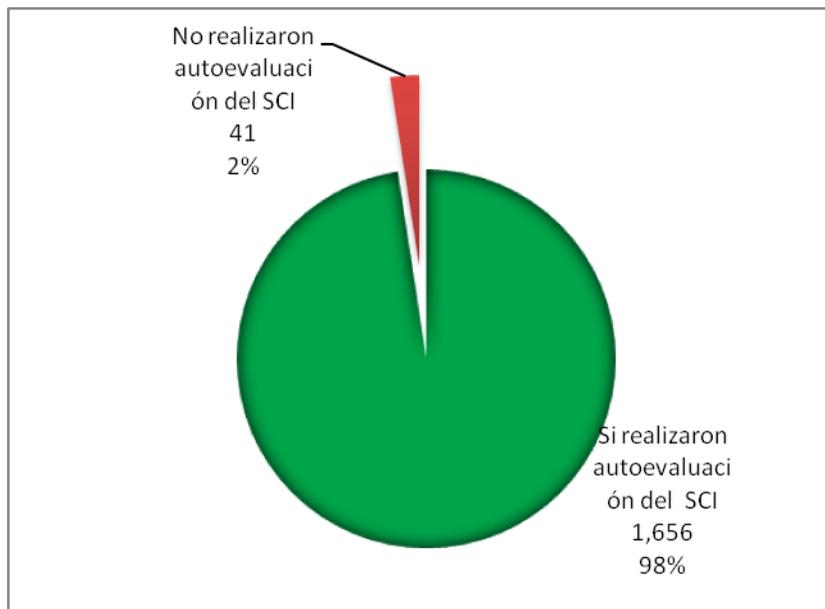
- g) En cada Dependencia, los facilitadores locales de control interno, distribuyeron a los titulares subordinados la herramienta y los lineamientos de la autoevaluación de control interno 2010, según las instrucciones dadas.
- h) En el caso de los Hospitales Nacionales y Direcciones de Sede, los facilitadores recopilaron los instrumentos de auto evaluación, realizaron la consolidación, priorizaron las sugerencias a la Jefatura Superior, elaboraron el análisis y enviaron el documento a la Dirección de Proyección de Servicios de Salud.
- i) En el caso de las Direcciones Regionales, luego de que cada titular aplicó el instrumento de autoevaluación los entregaron al facilitador local, quien elaboró un consolidado y lo envió a la Dirección Regional. Cada facilitador regional, recolectó los consolidados de las unidades de su región, priorizaron las sugerencias a la Jefatura Superior, elaboraron el análisis y enviaron el documento a la Dirección Red de Servicios de Salud.
- j) En el caso de los Centros Especializados, aplicaron el instrumento de autoevaluación y enviaron al facilitador de la Dirección de Centros Especializados, quien elaboró el consolidado, priorizó las sugerencias a la Jefatura Superior, elaboró el análisis y envió el documento a la Dirección Proyección Servicios de Salud.
- k) Los consolidados regionales dieron errores, por lo que se enviaron a la DSA para que el funcionario responsable de la elaboración de las herramientas tanto de auto evaluación como de consolidación identificara las inconsistencias.
- l) Con la información de las inconsistencias la Sub Área de Control y Evaluación de la Dirección Proyección de Servicios e Salud, contactó a los facilitadores regionales para que las solventaran.
- m) En la Sub Área de Control y Evaluación de la Dirección Proyección de Servicios e Salud, se recopilaron los instrumentos del Despacho de la Gerencia, así como los consolidados de Direcciones de Sede, Hospitales Nacionales y Especializados, Centros Especializados y Direcciones Regionales, realizaron el consolidado Gerencial, priorizaron las sugerencias a

la Jefatura Superior, elaboraron el análisis y enviaron el documento a la Gerencia Médica, para su aval.

Cumplimiento de la aplicación de la herramienta de Autoevaluación de Control Interno 2010

Para el año 2010, se identificaron en la Gerencia Médica 1.697 titulares subordinados, de los cuales 1.656 aplicaron el instrumento de auto evaluación, cantidad que corresponde al 98% de los titulares y 41 funcionarios no la aplicaron, cifra que representa el 2% del total. Esta información se puede visualizar en el gráfico siguiente:

Distribución de los titulares subordinados, según aplicación del instrumento de Auto Evaluación de Control Interno, Gerencia Médica, Año 2010



Fuente: Auto Evaluación de Control Interno 2010

**Instrumentos de auto evaluación consolidados según dependencia
Gerencia Médica, Año 2010**

Dependencia		Cantidad de TS	Total
Despacho de Gerencia Médica		1	1
Direcciones de Sede	Dirección Farmacopidemiología	3	43
	Dirección Red de Servicios de Salud	1	
	Dirección Desarrollo de Servicios de Salud	15	
	Dirección Centros Especializados	2	
	Dirección Proyección de Servicios de Salud	10	
	CENDEISS	12	
Hospital Nacional Especializado	Hospital Nacional de Niños	73	394
	Hospital Nacional Psiquiátrico	37	
	Centro Nacional de Rehabilitación (CENARE)	25	
	Hospital de las Mujeres Adolfo Carít Eva	26	
	Hospital Geriátrico Raúl Blanco Cervantes	26	
Hosp. Nac.	Hospital San Juan de Dios	71	
	Hospital Dr. Rafael Calderón Guardia	82	
	Hospital México	54	
Direcciones Regionales	Huetar Atlántica	103	1.199
	Central Sur	269	
	Chorotega	102	
	Pacífico Central	165	
	Huetar Norte	110	
	Central Norte	313	
	Brunca	137	
Centros Especializados	Centros Especializados	15	15
Otras Dependencias de la GM	UTLE	1	5
	Asesoría y Gestión Legal, Desconcentración y Juntas de Salud	1	
	Centro de Gestión Tecnológica	1	
	Red Oncológica	1	
	Trasplante Hepático	1	
TOTAL			1.656

Fuente: Auto Evaluación de Control Interno 2010

Con respecto a los titulares subordinados que no enviaron su autoevaluación, en la anterior se presenta el desglose según dependencia, nombre y puesto que ocupa, además de la justificación dada por la Dependencia y las acciones tomadas por la jefatura inmediata.

En la tabla y el gráfico siguientes, se muestra el comparativo del periodo 2008 – 2010, respecto del total de titulares subordinados, la cantidad que aplicaron la herramienta de autoevaluación y los que no lo hicieron. Se evidencia, en primer lugar una disminución de la cantidad total de titulares subordinados adscritos a la Gerencia Médica, por cuanto en años anteriores algunos funcionarios que no eran jefaturas reales y efectivas, aplicaban la auto evaluación, para este año se aclaró el concepto. Asimismo disminuyó la cantidad de los titulares que no aplicaron la herramienta, tanto en términos absolutos como relativos, lo que hace suponer que se ha ido generando conciencia de la responsabilidad y la obligación legal, de su aplicación anual.

Comparación de Titulares Subordinados de la Gerencia Médica, según cantidad total y aplicación del instrumento de Auto Evaluación

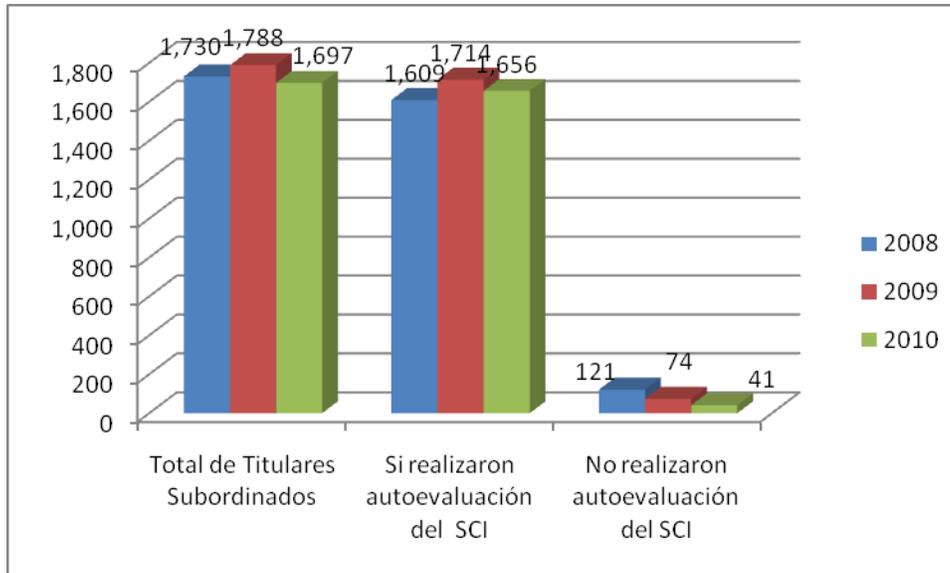
Período 2008 - 2009 – 2010

Cumplimiento	2008		2009		2010	
Si realizaron autoevaluación del SCI	1.609	93%	1.714	96%	1.656	98%
No realizaron autoevaluación del SCI	121	7%	74	4%	41	2%
Total	1.730		1.788		1.697	

Fuente: Auto Evaluación de Control Interno 2008, 2009 y 2010

Comparación de Titulares Subordinados de la Gerencia Médica, según cantidad total y aplicación del instrumento de Auto Evaluación

Período 2008 - 2009 – 2010



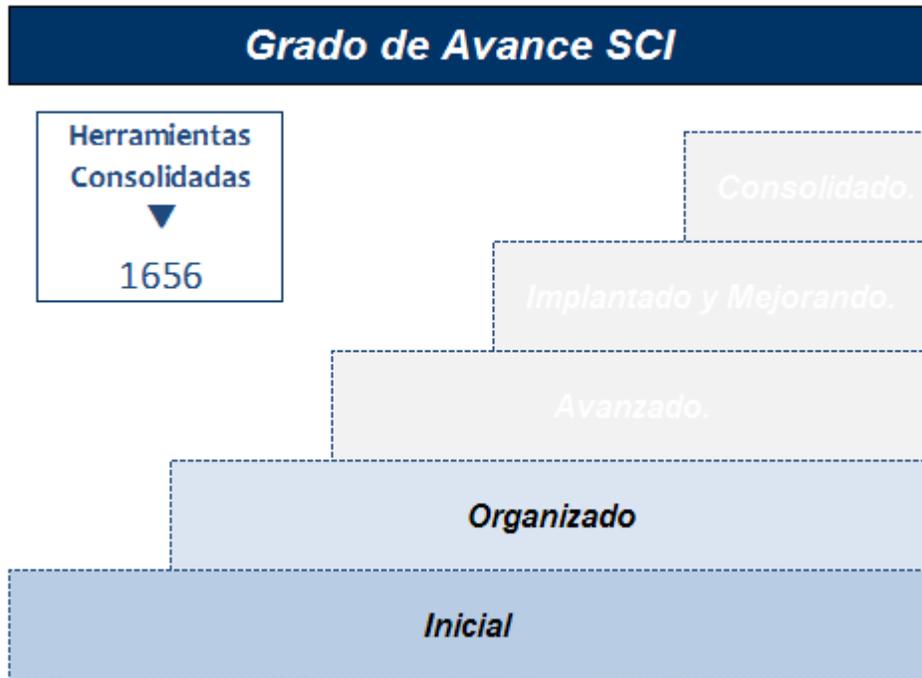
Fuente: Auto Evaluación de Control Interno 2010

Análisis de Resultados

A partir de la consolidación de todas las herramientas de auto evaluación de control interno, aplicadas por los titulares subordinados, de las dependencias de la Gerencia Médica, así como de la herramienta aplicada por la Alta Gerencia, correspondiente a la gestión del año 2010, se obtuvieron los siguientes resultados

En el próximo gráfico se observa, que se aplicaron un total de 1656 herramientas de autoevaluación y al consolidar los resultados, el grado de avance del Sistema de Control Interno de la Gerencia Médica, se ubica en **“Organizado”**, que corresponde a Acciones planificadas, existen orientaciones básicas en control interno a los funcionarios, se ha planificado la implementación de acciones, existen evidencias de los funcionarios en general, de un compromiso por el control interno.

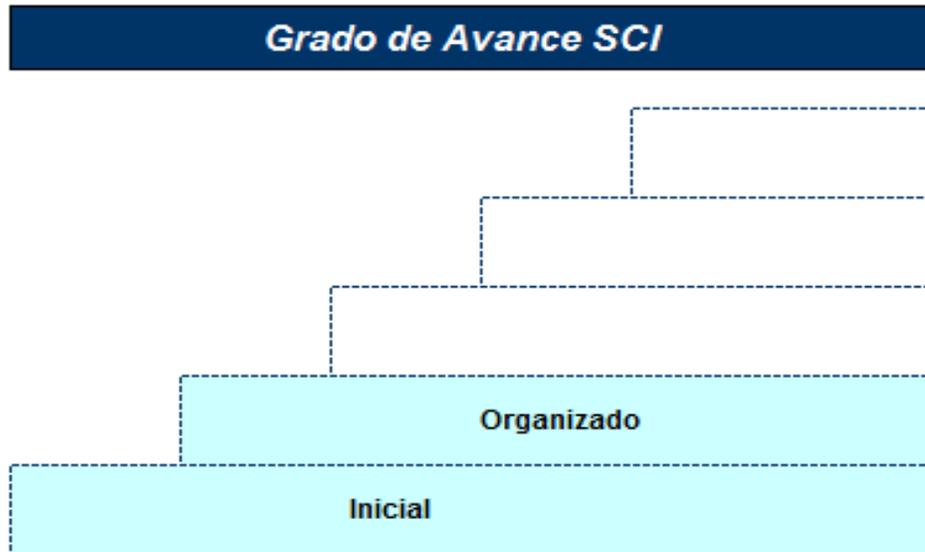
**Grado de avance, Autoevaluación Control Interno Titulares
subordinados
Gerencia Médica, Año 2010**



Fuente: Consolidado de Auto Evaluación de Control Interno, Gerencia Médica 2010

En el gráfico siguiente, se presentan los resultados de la aplicación de la herramienta de Alta Gerencia, se puede visualizar que el resultado es el mismo, ya que se ubica en el grado de avance de **“Organizado”**

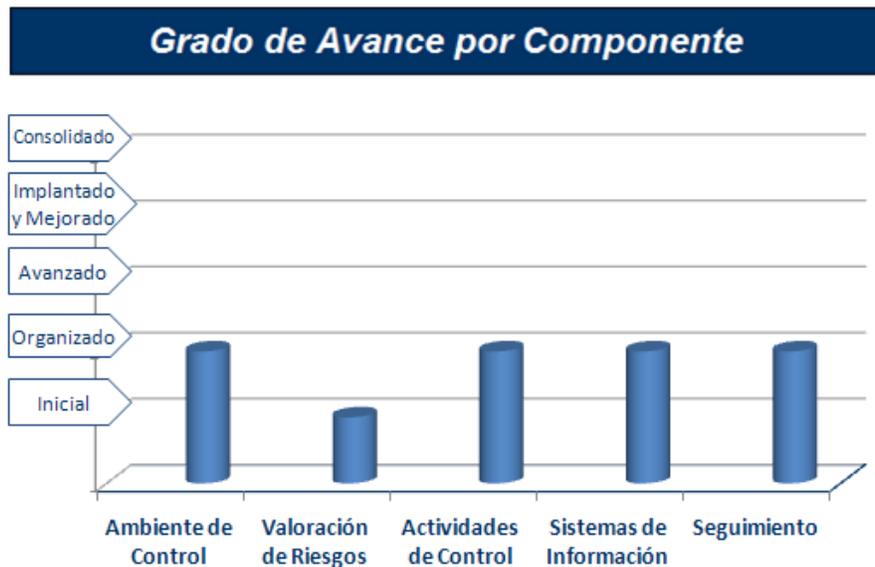
**Grado de avance, Autoevaluación Control Interno
Alta Gerencia, Gerencia Médica
Año 2010**



Fuente: Auto Evaluación de Control Interno, Alta Gerencia, Gerencia Médica 2010

En el gráfico a continuación, se muestra el grado de avance por componente, se puede apreciar que ambiente de control, actividades de control, sistemas de información y seguimiento se encuentran en “Organizado” y que el componente de valoración de riesgos es el que está más débil, ya que se ubica “Inicial”.

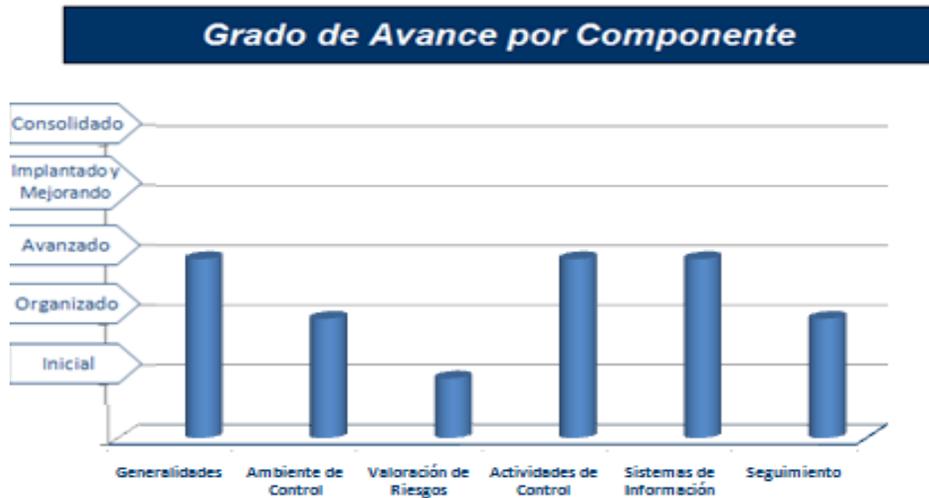
**Grado de avance por componente, Autoevaluación Control Interno
Titulares Subordinados
Gerencia Médica, Año 2010**



Fuente: Consolidado de Auto Evaluación de Control Interno, Gerencia Médica 2010

En el siguiente gráfico se presentan los resultados de la aplicación del instrumento de Alta Gerencia y aunque hay tres componentes que se ubican en el grado de **“Avanzado”** se aprecia que los componentes más débiles son Valoración de Riesgos con un grado de avance de **“Inicial”**, en concordancia con los resultados de la auto evaluación de los titulares subordinados. Los componentes Ambiente de Control y Seguimiento se ubican en **“Organizado”**. La razón por la cual la Gerencia Médica se auto evalúa en algunos componentes en el grado de **“Avanzado”**, se debe principalmente, a que se le ha dado mucha importancia al tema de Control Interno, desde sus inicios, por lo que se conformó una Sub Área que se dedica exclusivamente al seguimiento y la evaluación, de la implementación del Sistema.

**Grado de avance por componente, Autoevaluación Control Interno
Titulares Subordinados
Gerencia Médica, Año 2010**



Fuente: Auto Evaluación de Control Interno, Alta Gerencia, Gerencia Médica 2010

En el gráfico vulnerabilidad del sistema de gestión, se presenta el estado en que se encuentra la Gerencia Médica, en cuando a la vulnerabilidad del Sistema de Gestión, los resultados fueron los mismos tanto en la consolidación de las herramientas de auto evaluación que aplicaron los titulares subordinados, como la que aplicó la Gerente Médico. Según la interpretación de la vulnerabilidad con respecto a los riesgos, la Gerencia Médica se ubica en un rango de riesgo de Medio Alto.

Vulnerabilidad del Sistema de Gestión
Autoevaluación Control Interno
Titulares Subordinados y Alta Gerencia
Gerencia Médica, Año 2010



Fuente: Consolidado de Auto Evaluación de Control Interno, Gerencia Médica 2010

A continuación se presenta un análisis de los resultados por componente, en el que se consolidan tanto el análisis por titular subordinado como el de la Alta Gerencia.

Aspectos generales:

La Gerencia ha delegado en la Dirección Proyección de Servicios de Salud, específicamente en la Sub Área de Control, la responsabilidad de emitir lineamientos, suministrar capacitación y asesoría en materia de Control Interno, con base en los lineamientos institucionales que emite la Dirección de Sistemas Administrativos. Adicionalmente dicha Sub Área es la responsable de dar seguimiento y evaluar el cumplimiento de dichos lineamientos en las unidades que dependen directamente de la Gerencia y de coordinar que se realice el seguimiento y evaluación en el resto de las unidades que dependen de las Direcciones Regionales y de la Dirección de Centros Especializados, lo que ha permitido hacer conciencia en los titulares subordinados, para la aplicación de la Ley de Control Interno y su normativa. Por esta razón a nivel Gerencial, la Gerencia Médica se ubica en un grado de “Avanzado” en este componente.

Ambiente de Control:

Hay restricciones para la creación de plazas por parte de la Política de Empleo, también debido a la Política de Racionalización de Recursos Financieros, por lo que la cantidad no es la requerida idealmente. Hay limitaciones para la formación de profesionales y la asignación de los mismos a las unidades con mayor necesidad. Por otra parte, se está desarrollando un estudio para la Reestructuración de la Gerencia Médica, que incluye a las Direcciones de Sede y Direcciones Regionales, tiene como objetivo eliminar las duplicidades de funciones, definir las responsabilidades específicas de cada Dependencia y establecer claramente sus interrelaciones.

Valoración de Riesgos

Se realizó un SEVRI a nivel de Plan Estratégico de la Gerencia, no obstante debido a que el Plan Estratégico Institucional fue modificado en un alto porcentaje (95%), se está a la espera de la oficialización del nuevo Plan Estratégico para volver a realizar la Valoración de Riesgos y definir nuevos planes de tratamiento para su prevención. Se han emitido lineamientos y directrices para que todas las unidades realicen la valoración de riesgos a los procesos sustantivos y se estableció como plazo diciembre 2012.

Este componente es el más débil, ya que las unidades están en la fase de diagnóstico, detectando los riesgos y definiendo planes de tratamiento, a los cuales aún no se les ha dado seguimiento en la mayoría de los casos. Aún cuando existe un compromiso generalizado y bien aceptado por las unidades a cargo, posee debilidades por la falta de recurso humano y las restricciones existentes en política de restricción de recursos económicos. Su amenaza más fuerte es la condición económica del país y la relación de masa laboral, que es la generaría mayor recurso institucional y por lo tanto una oportunidad para fortalecer la acción administrativa y el control interno de las unidades, en los procesos que realizan.

Por otra parte, la herramienta no facilita el seguimiento de los planes de tratamiento y la capacitación no ha sido suficiente, a pesar de los esfuerzos que han realizado tanto la Gerencia

Médica, como la Dirección de Sistemas Administrativos, que siempre ha estado anuente a dar su apoyo en este campo.

Actividades de Control:

Se han definido lineamientos para la identificación y mejora de los controles de los procesos sustantivos y de apoyo administrativo. Se están estandarizando los procesos por disciplina para identificar controles más eficientes y utilizar las mejores prácticas.

Sistemas de información

Se cuenta con sistemas de información tanto estadística, como financiera, informática, farmacias, activos, los laboratorios clínicos están automatizados en un alto porcentaje, asignación de citas, expedientes clínicos estandarizados, imágenes médicas, entre otros. Todos ellos permiten contar con información y construcción de bases de datos según se requiera, para la toma de decisiones oportuna. No obstante, se requiere mejorar dichos sistemas, ya que la complejidad de la Gerencia Médica, ha ocasionado que proliferen sistemas de información que no son compatibles, lo que dificulta su integración.

Seguimiento

Se tiene implementada la estrategia de seguimiento a los Planes de Mejora resultado de la Auto Evaluación de Control Interno, que se realiza dos veces al año. La Gerencia Médica por medio de la Sub Área de Control y Evaluación, elaboró una herramienta de evaluación del Sistema de Control Interno, la cual se aplica a los titulares subordinados de las dependencias cada dos años y además se realiza un seguimiento a las recomendaciones, que emanan de dichas evaluaciones y se da respuesta a los Informes que genera la Auditoría.

Sugerencias a la Gerencia Médica

Con base en los consolidados enviados por las Direcciones de Sede, Direcciones de Hospitales Nacionales y Direcciones Regionales, se recopilaron las sugerencias que cada titular subordinado indicó y debido a que la nueva herramienta no permite identificar de forma automática las que

van dirigidas a la Gerencia Médica, se hizo una revisión de cada una de ellas, se agrupó por componente y se identificaron las que no están en manos del nivel local o regional darles solución y finalmente se priorizaron. Estas sugerencias se muestran en la tabla No. 4 que se presenta a continuación:

Sugerencias de los titulares subordinados según componente

Autoevaluación de Control Interno

Gerencia Médica, Año 2010

Componente	Item	Sugerencia
Sistemas de Información	4.1 - Sistemas de Información	Solicitar a nivel maximo superior un sistema integrado de reucursos humanos.
		No existe una atención oportuna, rápida y efectiva en la resolución de problemas que genera el SIFA
		Actualizar sistema de informacion médica con características adecuadas
		Estandarización de los sistemas de información a nivel Institucional
		Se carece de sistemas integrados de informacion y se denota flata de inversion tanto en software como hadware. Se necesita una politica mas congruente con la necesidad de desarrollo informatico.
		Verificar que los sistemas de información institucionales contengan la menor cantidad de errores para que no repercutan de forma negativa en la gestión que se realiza.
	4.2 - Calidad de la Información	Respetar los plazos de respuesta administrativa, ya que se solicita información a distiempo en forma urgente, generando estrés e interrupción de otros procesos para poder dsar respuesta a asuntos sin respetar plazos de respuesta.
		El nivel central deberá hacer que sistemas de información del ALDI recursos materiales y farmacias locales sean amigables y conectado entre ellos para manejar misma información
		Se recomienda la implementación del expediente electrónico
		Disponer de un Sistema Integrado de Información Gerencial.
	4.4 - Control de Sistemas de Información	Actualizar la plataforma de Sicere Virtual a nivel de la C.C.S.S, parece no ser fidedigna. Ademas, se requiere de un sistema informatico integrado.
		Es importante que los niveles superiores comprendan la importancia de dedicar más tiempo a labores administrativas en el servicio con el fin de realizar controles y evaluaciones
Seguimiento	5.1 - Participantes	Promover la Ley de Archivo Nacional.
		Brindar más recursos humano para disponer de tiempo en estas labores
	5.2 - Orientaciones para el Seguimiento	Se diseñe y divulge plan de seguimiento del Sistema de Control Interno
		Se solicita mayor instrucción para la ayuda en la aplicación de los procesos de planificación sistemática de acciones exigida en el SEVRI.
	5.3 - Acciones de Seguimiento	Mantener una estrecha y eficiente retroalimentación con los entes fiscalizadores de la institución para implementar acciones proactivas a futuras inconsistencias y/o errores.
		Mantener un sistema actualizado que permita medir el cumplimiento de los compromisos de las Unidades.
	5.4 - Acciones para el Fortalecimiento	Mantener los procesos de verificación y cumplimiento de las recomendaciones emitidas por la Auditoría Interna.

Fuente: Consolidado de Auto Evaluación de Control Interno, Gerencia Médica 2010

Conclusiones

A partir de la revisión y análisis de los resultados obtenidos, tanto en la auto evaluación aplicada por los titulares subordinados como en la aplicada por la alta gerencia, se concluye lo siguiente:

- 5.1. Aunque la herramienta utilizada para la auto evaluación se modificó y es difícil realizar comparaciones, si se ha podido determinar que al igual que años anteriores, el componente Valoración de Riesgos es el más débil, debido principalmente a:
 - a) Las unidades están en la fase de diagnóstico, detectando los riesgos y definiendo planes de tratamiento, a los cuales aún no se les ha dado seguimiento en la mayoría de los casos.
 - b) La herramienta no facilita el seguimiento de los planes de tratamiento y la capacitación no ha sido suficiente, a pesar de los esfuerzos que han realizado tanto la Gerencia Médica, como la Dirección de Sistemas Administrativos, que siempre ha estado anuente a dar su apoyo en este campo.
 - c) No existe una vinculación entre la valoración de riesgos y la planificación, ya que las estrategias que se definen en los planes de tratamiento no se visualizan en la planificación operativa de las unidades.
- 5.2. Otro componente en el que se identificaron debilidades es el de ambiente de control, por dos razones fundamentales:
 - a) Las restricciones en cuanto a dotación de plazas y las limitaciones para la selección y reclutamiento de personal, hacen que no se pueda contar con la cantidad requerida, ni tampoco con personal idóneo.
 - b) El tema de ética y valores se incorporó recientemente como un aspecto medular del control interno, para lo cual la institución está realizando esfuerzos para incorporarlo como parte de actividades regulares de capacitación. E
- 5.3. En relación con el componente seguimiento, el punto débil es que no se está evaluando el cumplimiento de los planes de tratamiento originados del SEVRI.

- 5.4. Se pudo determinar que la nueva herramienta ha permitido a los titulares subordinados, hacer una auto evaluación más apegada a la realidad, ya que en los años anteriores la calificación total alcanzada por la Gerencia Médica había sido superior a 90, lo que la ubicaba en un grado de avance muy superior al que realmente se encuentra. Permite también visualizar hacia dónde debo dirigir mis esfuerzos para subir un escalón y mejorar la gestión.

Acciones de Mejora de la Gerencia Médica

Con base en las principales debilidades detectadas en los consolidados de las autoevaluaciones de las Dependencias de la Gerencia Médica, se proponen las siguientes acciones de mejora, a desarrollar durante el año 2011:

- 6.1. Continuar con la capacitación por medio de la red de facilitadores, en los temas de control interno, especialmente en el tema de SEVRI.
- 6.2. Fortalecer la conformación de GEVIS en las dependencias de la Gerencia Médica, así como la capacitación en temas de ética y valores, en coordinación con la Dirección de Bienestar Laboral y el CENDEISSS
- 6.3. Reproducción de la capacitación en “Diseño de Indicadores” dirigida a facilitadores locales de Control Interno y de Planificación, para mejorar su identificación en la valoración de riesgos SEVRI
- 6.4. Continuar con la estandarización de aquellos procesos que se utilizan en todos los Establecimientos de Salud, por medio de la conformación de equipos de trabajo de “expertos”, según el tema de análisis, con la participación de la Dirección Red de Servicios de Salud, Dirección Desarrollo de Servicios de Salud y la Dirección Proyección de Servicios de Salud
- 6.5. Continuar con el proceso de estandarización de los procesos de apoyo para las dependencias de la Gerencia Médica.
- 6.6. Continuar con el proceso de evaluación del Sistema de Control Interno que se inició en el año 2009, a las Dependencias de la Gerencia para garantizar el fiel

cumplimiento de lo estipulado en la ley, para lo cual se elaborará la programación correspondiente.

- 6.7. Actualizar el Mapa de Riesgos Gerencial, por medio de talleres de trabajo, a partir del Plan Estratégico de la Gerencia Médica recién aprobado, elaborar el correspondiente Plan de Tratamiento, incorporar las actividades derivadas de dicho Plan en la Planificación Gerencial y dar el seguimiento correspondiente.
- 6.8. Mantener reuniones trimestrales con los facilitadores de las Direcciones Regionales, de Direcciones Médicas de Hospitales Nacionales y de Direcciones de Sede, para asesorar, emitir lineamientos y definir necesidades en el tema de Control Interno.
- 6.9. Elaborar los modelos de “Macro Procesos” por tipo de unidad y según niveles de atención, en coordinación con la Dirección de Sistemas Administrativos.