



AS- ASS- 1700- 2020

7 de julio de 2020

Doctor

Roberto Cervantes Barrantes , Gerente

GERENCIA GENERAL -1100

Doctor

Mario Felipe Ruiz Cubillo, Gerente

GERENCIA MÉDICA-2901

Doctora

Marny Lorena Ramos Rivas, Coordinadora

UNIDA TÉCNICA DE LISTA DE ESPERA -2911

GERENCIA MEDICA

Estimados señores:

ASUNTO: Oficio de asesoría sobre la gestión técnica y administrativa de la lista de espera institucional y definición de estrategias de eficiencia, eficacia y economía, considerando la situación previa y efectos actuales y futuros de la crisis sanitaria provocada por el COVID-19.

Esta Auditoría en cumplimiento de sus competencias y potestades de fiscalización, asesoría y prevención, establecidas en el artículo 22 inciso d) de la Ley General de Control Interno 8292, y la correspondiente atención del Plan Anual Operativo 2020, ha realizado un análisis de las acciones desarrolladas por la administración en cuanto a la atención oportuna de la lista de espera institucional, el impacto del Proyecto de Atención Oportuna de las Personas, previo a la emergencia sanitaria, y los eventuales efectos, a corto, mediano y largo plazo producto del COVID-19.

La lista de espera (LE) se define como **“la demanda expresada que no puede ser atendida en ese momento”** y está constituida por las personas que han solicitado servicios de salud, lo cual refleja las mejoras que se deben implementar al modelo de atención actual, en cuanto a la planificación y la atención de la demanda, lo cual requiere establecer medidas efectivas, seguras y eficiente, sin necesidad de disponer con una cama de hospitalización tradicional¹.

A nivel internacional, se ha observado que los plazos de espera se constituyen en uno de los principales problemas de salud pública, en donde la evidencia disponible ha demostrado que la existencia de LE tiene una causalidad multifactorial, por tanto, el diseñar estrategias basadas solamente en uno o algunos de los factores que influyen en su génesis, han evidenciado limitantes importantes para solventar la problemática, que impacta directamente la salud de los pacientes y los recursos de la institución.

El Consejo de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE), en sus informes ha enfatizado en señalar la problemática que la LE representa en los diferentes países, particularmente en el documento “Estudios de la OCDE sobre los sistemas de salud: Costa Rica, febrero 2017”, esta entidad fue contundente en indicar lo siguiente en cuanto a la LE:

¹ La cirugía ambulatoria en un hospital público del grupo 5: aspectos organizativos, económicos y de gestión de lista de espera quirúrgica. Memoria para optar al grado de doctor presentada por Miguel Ángel Baratas de las Heras, Madrid 2010.



“... año 2015, el 93% de los hospitales había logrado reducir sus tiempos de espera, con una reducción global de más de un año (de 613 días en el 2012, a 256 días en el año 2015). Esto se consiguió alentando un uso más eficiente de los quirófanos y de las camas de recuperación, extendiendo el día de operación a tempranas horas de la mañana y por la noche, definiendo tiempos de espera máximos y estableciendo una unidad de monitoreo e intervención en los servicios afectados por esperas excesivas”.

“... se reporta que el faltante de médicos en el segundo nivel de atención está contribuyendo presumiblemente a alargar las listas de espera”.

Bajo el contexto antes mencionado, la Junta Directiva de la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) en la Sesión No. 7552 de 31 de mayo del 2001, aprobó el reglamento que regula las actividades de la Unidad Técnica de la Lista de Espera (UTLE), mismo que fue publicado en La Gaceta No. 114 del 14 de junio del 2001, y que menciona: “(...) todo lo referente al manejo de las políticas de reducción de plazos de espera para efectuar las cirugías electivas, la consulta externa especializada y los procedimientos, en las especialidades médicas que se han determinado como críticas y las que se definan como tales a futuro, en caso necesario y bajo criterio de la Gerencia Médica (...)”; definiendo como objetivo el garantizar una atención oportuna y de calidad en los servicios de salud de los establecimientos de la CCSS.

Además, la Política Institucional para la gestión de listas de espera² establece en el punto 4.2, “De la gestión de listas de espera”, inciso 4.2.2 lo siguiente:

“Cada centro de atención integrará grupos gestores locales para gestionar las listas de espera, los cuales diseñarán las medidas para su abordaje; estos equipos locales tomarán en cuenta la capacidad instalada tanto en términos de infraestructura, equipamiento, financiamiento, así como de recurso humano para atender la demanda. Estas estrategias serán abordadas tomando en cuenta el funcionamiento de la Red de Servicios de Salud Institucional”.

En tal sentido, el tema de la Lista de Espera, ha sido considerado medular en la estructura sanitaria, y para su abordaje se debe valorar una multiplicidad de factores, los cuales de manera aislada o conjunta provocan que se aumente la demanda a expensas de una oferta saturada, o que se incrementen tiempos de espera en los cuales se desplazan a usuarios por condiciones de complicación o urgencia de otros, situación que indudablemente afecta la planificación y disponibilidad de recursos en general.

De conformidad con lo anterior, en el presente oficio se hace un análisis de las principales acciones impulsadas por la administración, que han generado impactos positivos en la atención de los pacientes, de igual forma, desde el punto de vista de control y de nuestra función fiscalizadora, se externan acciones y consideramos que estimamos importantes que sean implementadas para continuar mejorando los procesos de la atención oportuna de los pacientes.

1. ACUERDOS DE JUNTA DIRECTIVA.

Al realizar el análisis de los acuerdos de Junta Directiva, relacionados con la lista de espera durante el periodo 2015-2019, se evidenció la existencia de quince acuerdos en los cuales se expone la preocupación de las autoridades de la Caja Costarricense de Seguro Social, sobre el aumento de las listas de espera a nivel institucional y por consiguiente, la necesidad por parte de la Gerencia Médica y Direcciones Médicas de las Unidades, en solicitar a la Junta Directiva, la aprobación de “Proyectos de Jornadas de Producción” en las diferentes especialidades, con el propósito de disminuir la listas de espera en las áreas de atención consideradas como críticas, siendo que la prestación de los servicios de salud, es una de las principales actividades de la Caja Costarricense de Seguro Social.

Es preciso indicar, que la Junta Directiva ha aprobado diferentes solicitudes para la realización de jornadas de producción, y requerido a la Gerencia Financiera disponer de recursos para su desarrollo; toda vez que la Gerencia Médica y Direcciones de las Unidades solicitantes, ejecutan las jornadas y las evalúan mediante informes orientados a verificar el impacto en la lista de espera.

² Aprobada en sesión de Junta Directiva 8485, Artículo 22º del 16 de diciembre de 2010.



Como acuerdos relevantes se hace referencia a la Sesión N° 8932 celebrada el 19 de octubre del 2017, artículo 12 en donde, la Gerencia Médica presentó la propuesta de abordaje de las listas de espera, de consulta externa en las especialidades de ortopedia y fisiatría del Hospital San Vicente de Paúl:

“(...) El proyecto consiste en jornadas de producción de 35 pacientes, son de los años 2015, 2016 y 2017. El proyecto consiste en jornadas de producción de 35 pacientes por jornadas. Hace énfasis que a los Médicos Especialistas se les estaría pagando el 14.25% del salario base de un Médico G-2 y los equipos de trabajo estarían conformados por Asistentes de Registros Médicos (...)

El proyecto consta de 260 jornadas de producción dentro del proceso y a los Especialistas se les reconoce el 14.25% de la base del salario de un G-2. También se está incluyendo el pago que se realizará por tiempo extraordinario, para un Terapeuta Físico, porque es parte del Servicio de Fisiatría y los fondos que cubren toda la partida 2043, es por un monto de ciento sesenta y dos millones de colones (...)”.

En esta Sesión de Junta Directiva, la Auditoría Interna, hizo referencia a la importancia de adoptar las acciones necesarias, con el propósito de reducir los plazos en las listas de espera, señalando entre otros aspectos lo siguiente:

“(...) “En aras de una solución efectiva y sostenible respecto a la gestión de la lista de espera quirúrgica, mediante la definición y ejecución de los planes solicitados, debe también, considerando la condición de los plazos y cantidad de pacientes, realizar acciones inmediatas mediante el uso de otros sistemas de atención, entre ellos: pago de tiempo extraordinario, jornadas vespertinas, apertura de un segundo turno u otros que se estime pertinentes, (Cuadros 19 al 21) de tal manera que asegure la continua satisfacción de las necesidades de los pacientes, de conformidad con lo señalado en el oficio 68500, mencionado en el párrafo tercero del presente documento.” (Oficios Auditoría Interna CCSS, 53787, 53860, 53320, 49743, 53862, 53171, 47647 y 53183) (...)”

Sumado a lo anterior, en el artículo 41 de la Sesión 9010 del 10 de enero 2019, la Dra. Marny Lorena Ramos Rivas, Coordinadora General de la Unidad Técnica de Listas de Espera; presentó el informe del impacto de las jornadas de producción en las listas de espera, así como; el Plan Nacional para la atención oportuna de las personas a través del abordaje de la lista de espera en cirugías; siendo que se acordó aprobar la inclusión de indicadores complementarios de gestión y desempeño, adicionales al indicador de Tiempo de Uso de Sala Hospitalaria (TUSH), para promover el aprovechamiento de las salas Quirúrgicas Hospitalarias y que la herramienta de capacidad instalada en proceso de automatización “se utilizará para identificar y reducir brechas” y el Plan Nacional para la Atención Oportuna de las Personas a través del Abordaje Dirigido de las Listas de Espera en Cirugías, Consulta Externa Especializada y Procedimientos 2019-2020.

Consecuente con lo anterior la Junta Directiva señaló:

*“(...) Se instruya a la Unidad Técnica de Lista de Espera (TLE) para que se procure garantizar el control absoluto del Plan Nacional para la Atención Oportuna de las Personas a través del Abordaje Dirigido de las Listas de Espera en Cirugías, Consulta Externa **Especializada y Procedimientos 2019-2020, a través del EDUS-ARCA, sobre la agenda de quirófanos con un gestor o comité quirúrgico que permita la utilización óptima de los quirófanos conforme a las listas de espera (...)**” -el resaltado no es del original-*

De lo anterior es importante mencionar, que los esfuerzos realizados por la junta Directiva en lo que corresponde a establecer estrategias y soluciones, para la atención oportuna de la lista de espera, han sido externadas en deferentes escenarios, sin embargo, le corresponde a la administración activa, como parte técnica, el establecimiento y definición de procedimientos eficaces, para continuar fortaleciendo las acciones y estrategias orientadas a mejorar los procesos y lograr mejores niveles de eficiencia y eficacia en la atención de las personas, un uso adecuado de los recursos y sobre todo mejorar la gestión de los establecimientos de salud.

2. REFERENTE A LAS MEMORIAS INSTITUCIONALES.

En las memorias institucionales se hace énfasis al tema de la Lista de Espera, en la cual se aborda el desarrollo de estrategias para su reducción, como las jornadas de producción y la creación de nuevas plazas con horario rotativo, entre otras propuestas, sin embargo, no han generado un impacto sostenido en el tiempo, considerando que la lista de espera aún se mantiene y continúan en crecimiento.



Como esfuerzo institucional, según consta en las Memorias Institucionales del 2015 al 2018 se capacitó a funcionarios, con el fin de mejorar la gestión local para la atención de la lista de espera, así como la implementación de jornadas de producción, generando la atención de pacientes que se encontraban a la espera de una cirugía. La estrategia de implementar jornadas de producción, y proyectos de impacto nacional, se han constituido en una opción de atención, que garantiza un impacto inmediato en la reducción de los plazos de espera, más no en la cantidad de pacientes.

Para el año 2016, a nivel institucional se consideró como prioridad la reducción de plazos de espera de algunas actividades quirúrgicas y procedimientos ambulatorios, lo cual, al cierre del año 2016, se logró un plazo promedio de espera en cirugía mayor ambulatoria de 182 días, en cirugía mayor electiva de 258 días, con una espera global de 238 días.

El Plan de Atención Oportuna para las Personas, aprobado por la Junta Directiva se mantuvo durante el año 2018, obteniéndose resultados positivos en las tres áreas de trabajo, reduciendo los tiempos de atención, para cirugía mayor ambulatoria en 27 días, procedimientos de 144 días y consulta especializada de 94 días, en comparación con año 2017, permitiendo la realización de cirugías en las especialidades de ortopedia, urología, cirugía general y ginecología; y para finales del 2018, se cumplió con la implementación del Sistema de Información ARCA en la totalidad de los Hospitales, coadyuvando en la gestión de las listas de espera a nivel nacional.

Además, bajo la modalidad de Jornadas de Producción ejecutadas en 16 centros de salud, incluidos hospitales nacionales, regionales, periféricos y áreas de salud tipo 3, se han adelantado 171.080 estudios de imágenes médicas en ultrasonidos, Lectura de TAC, Gastroskopias, Ecocardiogramas, Densitometrías, holter entre otros. Cabe destacar que se trata de la mayor disminución en los últimos cinco años.

La Caja Costarricense de Seguro Social, se encuentra ante un desafío, al tener que proveer servicios de salud bajo un modelo de eficiencia, eficacia y economía, en donde se incorpore el abordaje de la investigación en los procesos, formas de actuación en tiempos de demora y actividades para la resolución de las patologías, lo anterior con la finalidad de motivar actuaciones orientadas a disponer de un sistema de información y registro de pacientes en lista de espera, oportuno, fiable y transparente, mediante el cual se disponga de información útil, relevante y pertinente para el proceso de toma de decisiones y el establecimiento de estrategias institucionales en relación con la gestión de los plazos de espera y la atención oportuna de las personas.

3. GERENCIA MÉDICA, RED DE ATENCIÓN Y CAPACIDAD INSTALADA.

La Gerencia Médica es la unidad en el ámbito institucional que orienta, propone e instruye la disposición de mecanismos, lineamientos e instrumentos necesarios, de tal manera que los establecimientos de salud proporcionen a los habitantes del país servicios con criterios de calidad, igualdad, equidad, seguridad, oportunidad, calidez y efectividad, aspectos que no distan de lo que debe considerarse en relación con una adecuada gestión de la lista de espera institucional.

Por consiguiente, el documento “Actualización del Análisis General Evaluativo de la Reestructuración de la Gerencia Médica y elaboración de los Manuales de Organización de las Direcciones Adscritas”, aprobado por la Junta Directiva en el artículo 12º de la sesión 8244 celebrada el 24 de abril 2008, define la organización y funciones de esa Gerencia, y establece lo siguiente:

“La Gerencia Médica es una unidad de trabajo de ámbito institucional, que le corresponde la planificación, la dirección, el control y la evaluación estratégica para la provisión integral de los servicios de salud a las personas y promover la participación social. Debe asesorar y capacitar a las unidades en materia de salud y en la aplicación de la normativa vigente en esta materia, con el propósito de lograr mayor eficiencia, eficacia, productividad y calidad en la prestación de los servicios de salud para que responda a los requerimientos de los usuarios internos y externos.”

De acuerdo con los resultados obtenidos en los estudios de Auditoría, se ha informado a la Gerencia Médica, la importancia de fortalecer los procesos de organización, planificación, direccionamiento, así como el control que debe ejercer ante sus direcciones de sede, a fin de mejorar su función sustantiva.



De lo anterior, es relevante señalar que la estructura organizacional y funcional de la Gerencia Médica, fue modificada formalmente en el 2005 y 2008, creándose una serie de Direcciones de sede con funciones específicas. Sin embargo, no se logró la consolidación de la estructura organizacional y funcional en los términos definidos, debido al desacuerdo de los funcionarios, incluso de quienes han fungido como Gerentes. Situación que ha generado que se realicen cambios en la organización y funciones establecidas, así por ejemplo, se varió en el 2013 para el Área de Atención Integral a la Personas adscrita a la Dirección Desarrollo Servicios de Salud, la organización (establecida por Subáreas) y se propuso la reactivación de los programa de atención (existentes en la organización anterior al 2005, como parte de la Dirección Técnica de Servicios de Salud), este cambio, a su vez generó la creación de los “Programas de regulación de la atención” al: niño, adolescente, adulto, adulto mayor, mujer, población indígena, violencia, VIH-Sida e ITS, donación de trasplantes, adicciones y salud mental, para lo cual se asignó un Coordinador Técnico a cargo de cada uno de ellos por la Gerente Médica en el oficio GM-MDC-2166-14 del 03 de febrero 2014.

Por otra parte, los cambios a nivel del Despacho Gerencial, en lo que concierne a la organización formal, definió procesos de Dirección con los subprocesos de Gestión Estratégica y Gestión Administrativa y Logística; sin embargo, esta auditoría ha identificado que el Despacho de la Gerencia Médica considera la existencia de dos procesos: Dirección y Gestión Legal con tres subprocesos: gestión estratégica, gestión técnica y gestión administrativa y logística.

Otro de los temas susceptibles de mejora en la Gerencia Médica, es la planificación que se realiza no sólo en relación con la gestión administrativa de la gerencia, sino también la relacionada con la prestación de los servicios de salud; en este sentido se han planteado debilidades en la formulación y seguimiento efectivo y la definición de estrategias, objetivos o acciones que generen mejoras sustantivas en la prestación de servicios médicos, situación que influye directamente en la lista de espera.

Por lo tanto, se ha planteado a través de distintos estudios de Auditoría, que la Gerencia Médica, consideraba las metas cumplidas sin que efectivamente se haya logrado la concreción de lo que se pretendía de manera general y en específico, asimismo, los indicadores establecidos para la evaluación no guardan relación con lo que se pretende alcanzar, así tampoco que la evaluación de metas no se realiza en apego a metodología definida por la misma gerencia (según los términos establecidos en la fichas de los indicadores).

También se ha determinado, que la planificación táctica de esa Gerencia debe mejorarse, de tal manera que esté debidamente alineada con el Plan Estratégico Institucional, asimismo, sus Direcciones de Sede, presentan planes específicos relacionados con la organización y funcionamiento de los servicios de salud, los cuales disponen de la aprobación de la Junta Directiva, sin embargo no son implementados en su totalidad, ejemplo de esto lo constituye el documento denominado “Clasificación de las áreas de salud de acuerdo a su complejidad y propuesta de largo plazo”, mismo, que en el 2009 la Gerente Médica dio a conocer a las restantes Gerencias, como el instrumento de planificación de los servicios de salud, orientado a fortalecer la organización y gestión de los servicios de salud, con una visión de largo plazo, ya que establecía la propuesta de reforzamiento basado en las necesidades de salud de la población, consideraba los factores condicionantes de salud, la organización en red, el modelo de atención y la oferta instalada en ese momento; y que identificaba las brechas para todas las áreas de salud, con lo cual se pretendía priorizar la dotación y reforzamiento requerido de las áreas de salud.

No obstante, lo anterior a pesar de que el citado documento disponía con el aval de la Junta Directiva, no se implementó; y la Gerencia Médica no estableció la planificación para la asignación del recurso humano, lo que generó un crecimiento desorganizado de las áreas de salud y distorsiones en la oferta de servicios, lo cual efectivamente afecta la atención, gestión y resolución de la lista de espera.



Otro de los aspectos que incide desfavorablemente en la atención de la lista de espera, fue la implementación del “Plan de Reforzamiento de la Oferta de I y II nivel de atención”³, el cual fue elaborado por la Dirección de Proyección de Servicios de Salud, cuyo propósito estaba orientado a fortalecer la oferta de servicios, aumentar la capacidad resolutive y robustecer la gestión en red de servicios de salud, para lograr impacto en la lista de espera, a través del desarrollo de cuatro estrategias: requerimiento de EBAS para el cierre de brechas del Primer Nivel de Atención, reforzamiento del recurso físico (construcción o ampliación de áreas de salud), dotación de especialistas en las áreas de salud, y reforzamiento de la Cirugía Mayor ambulatoria en áreas de salud del Gran Área Metropolitana, en donde no se ha reflejado una mejora sustancial en la lista de espera.

De lo anterior, este Órgano de Control ha determinado mediante evaluaciones, la existencia de debilidades en los procesos de planificación, ejecución y control del citado Plan de Reforzamiento de la Oferta de I y II nivel de atención, ya que el plan de implementación que se elaboró, se sustentó en un diagnóstico distinto al realizado, por lo que no concuerda con lo definido en el primero, generando una modificación en la cantidad y determinación de las áreas de salud a fortalecer, además, el plan de implementación está orientado únicamente a la estrategia del cierre de brechas del primer nivel, sin evidenciar gestiones orientadas al desarrollo y dotación de especialistas en áreas de salud y reforzamiento de la Cirugía Mayor Ambulatoria en áreas de salud del Gran Área Metropolitana.

En lo que respecta a la Promoción de la Salud, se elaboró un plan en el Plan Estratégico Institucional 2007-2012, dirigido a posicionar el componente de Promoción de la Salud como un eje fundamental del proceso de atención integral de la salud, aspecto fundamental en lo que corresponde a lista de espera. Sin embargo, el mismo no se ejecutó de acuerdo con lo programado. Y se ha mantenido desde hace varios años una discrepancia de criterios de parte de distintas Direcciones de Sede de la Gerencia Médica, en relación con el abordaje que se debe brindar al componente de la Promoción de la Salud; lo cual indudablemente afecta a los niveles locales al generarse instrucciones y requerimientos incongruentes o distintos a las necesidades establecidas.

Como aspecto primordial en el apartado del impacto de la Gerencia Médica y la lista de espera es el direccionamiento que compete realizar al Gerente, se determina una desarticulación o fraccionamiento de las Direcciones de Sede que la integran; al no lograrse en forma eficiente desarrollar acciones coordinadas y articuladas, situación ya conocida por las autoridades cuando se plantean recomendaciones por parte de esta Auditoría y que requieren la participación de más de una Dirección, o durante la ejecución de evaluaciones relacionadas con el cumplimiento de planes y metas gerenciales.

A pesar de que cada una de las Direcciones tienen funciones y actividades asignadas, su labor no logra la concreción de funciones estratégicas y sustantivas que mejoren los servicios de salud, tal es el ejemplo de la Dirección de Red Servicios de Salud, responsable de integrar y articular la red de servicios de salud en el primero, segundo y tercer nivel de atención, aspecto que no ha logrado a cabalidad, por cuanto esta unidad no ha asumido una posición estratégica en la gestión y conducción de las tres redes de servicios existentes en materia del abordaje de la lista de espera, ya que la labor que realiza es principalmente de carácter administrativo (supervisión y control de informes y propuestas elaboradas por establecimientos de salud y Direcciones Regionales de Servicios de Salud), además, las metas y objetivos definidos por esta Dirección no están necesariamente orientados a contribuir de forma eficaz en la mejora del desempeño de la red de servicios, su funcionamiento y articulación, o la instauración de indicadores de salud, estrategias para la reducción de listas de espera, así como el fortalecimiento de la calidad y oportunidad en la atención de los usuarios.

Otro de los aspectos que incide directamente en la atención de la lista de espera, es la gestión que desarrollan las Direcciones Regionales de Servicios de Salud, dependencias que no tienen definido claramente un rol y que no guardan relación con las redes de servicios establecidas; por consiguiente, estas Direcciones al igual que la Dirección de Red realizan principalmente actividades de carácter administrativo (supervisión, monitoreo, asesoría), por lo que no generan el valor agregado requerido en la prestación de servicios de salud de las áreas de salud y hospitales que se encuentran bajo su dirección, lo anterior aunado a la falta de liderazgo para atender lo que corresponde a la lista de espera, y con ello evidenciar una articulación que impacte en la oportunidad, para la resolución del problema de los pacientes en tiempo y forma.

³ Presentado por la Gerencia Médica a la Junta Directiva en diciembre 2016.



Otra de las unidades que interviene en la atención de la lista de espera es la Dirección de Desarrollo Servicios de Salud, responsable de la dirección estratégica institucional para la atención integral en salud de las personas, mediante la asesoría, normalización y promoción de acciones oportunas y de calidad; al respecto la misma presenta algunos inconvenientes en cuanto a la articulación de sus unidades, sus productos -principalmente la regulación técnica- no siempre se elaboran con una perspectiva interdisciplinaria, y a pesar de que se emiten normas técnicas, no se tiene certeza de su aplicación efectiva por parte de los establecimientos de salud, por lo que no es posible garantizar de manera razonable la existencia de mejoras significativas en la atención integral de la salud, y un impacto relativo en la lista de espera.

El CENDEISS, responsable de planificar la formación, capacitación y el desarrollo profesional de los funcionarios de la institución con base en las necesidades detectadas, y la administración de los incentivos para estudios (becas), entre otros, no ha logrado a través del tiempo resolver las necesidades de especialistas y técnicos; situación que junto con otros factores ha contribuido con el crecimiento de los tiempos de espera para procedimientos quirúrgicos, de diagnóstico y/ consulta externa y por ende una lista de espera, que no se ha podido atender de manera oportuna, esto con la consecuente afectación del paciente.

La opinión pública ha señalado en forma reiterada la problemática de la lista de espera, sin embargo, uno de los actores principales es el CENDEISS, unidad que no ha logrado satisfacer las necesidades de médicos especialistas, y actividades en los procesos de formación y actividades de capacitación, ya que no es posible garantizar que los funcionarios becados laboran en las áreas de especialización para las cuales se formaron y que dispongan de los instrumentos necesarios para el desarrollo de la actividad asignada, lo cual refleja una mejora en la lista de espera y atención del paciente. Sobre esta unidad, también se ha indicado que no dispone de estudios técnicos, que determinen la capacidad real de formación que tienen los establecimientos de salud, en los que se desarrollan labores de docencia.

En relación con la Dirección de Compra de Servicios de Salud, que es una dependencia que oficialmente está adscrita a la Gerencia Administrativa, pero que por resolución efectuada de común acuerdo, se encuentra adscrita desde noviembre del 2013 a la Gerencia Médica, no existe evidencia suficiente que garantice que las evaluaciones de la prestación de servicios de salud que realiza esta Dirección, estén generando impacto en la prestación de los servicios médicos, debido a que los resultados no generan acciones de mejora por parte de la Dirección de Red o de las Direcciones Regionales de Servicios de Salud, o incluso que lo recomendado sea de acatamiento obligatorio por las unidades y Gerencia Médica.

En tal sentido, los cambios organizacionales y de dirección que se están gestionando para la institución, se consideran fundamentales de informar, ya que las oportunidades de mejora son infinitas, y una valoración adecuada permitirá ejecutar cambios en procura de optimizar la gestión de los recursos disponibles, brindar servicios médicos oportunos y de calidad a la población, y sobre todo el rediseño de mecanismos orientados al control de actividades y evaluaciones sistemáticas que garanticen estrategias, políticas y programas de salud eficientes y acordes a las necesidades de los pacientes.

En lo que corresponde a la Red de atención a nivel institucional, presenta una gran heterogeneidad en relación con los recursos asignados a los diferentes niveles de atención, situación que ha limitado la capacidad resolutoria y el apoyo que brindan las unidades como punto intermedio entre el primer y el tercer nivel de atención. Esta condición a su vez, ha propiciado mayor presión hacia el tercer nivel, forzando a los hospitales nacionales generales, a que asuman la realización de intervenciones de baja y mediana complejidad, ante el déficit o dificultad en la capacidad resolutoria del segundo nivel ambulatorio y hospitalario, lo cual desplaza recursos sumamente calificados e incrementa los costos de operación en unidades de alta complejidad. Asimismo, existe un crecimiento dispar en la dotación de insumos entre centros de similar complejidad, aunado a que su clasificación basada en el Reglamento General de Hospitales, ha quedado rezagada, toda vez que dicha normativa data de los años 70 y no considera la situación actual de la población y estratificación de los servicios de salud que brinda la C.C.S.S.



Por consiguiente y ante la necesidad de valorar la Red de atención, el Proyecto de Fortalecimiento de la Prestación de Servicios de Salud, en junio del 2018, emitió el documento “Definición, conformación y funcionamiento del Gobierno de las Redes Integradas de Prestación de Servicios de Salud en la CCSS”, en el cual se consigna la definición, conformación y funcionamiento del gobierno de la Red, en aras de reorientar y fortalecer la organización de la Prestación de Servicios de Salud en la Caja Costarricense de Seguro Social, a partir de los diferentes atributos de las Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS) y los ámbitos de abordaje internacionalmente validados, entre los que se consideran: modelo asistencial, gobernanza y estrategia, organización y gestión, sistema de asignación de recursos e incentivos.

Así las cosas, la Red Integrada de Prestación de Servicios de Salud (RIPSS) de la Caja se entiende como:

“Un conjunto de establecimientos coordinados y articulados, que prestan servicios de salud en distintos ámbitos de complejidad, con responsabilidades asignadas y objetivos comunes, para asegurar la continuidad asistencial de la población en un espacio geográfico y/o funcional, en un marco de mejoramiento continuo de la calidad, la eficiencia y la sostenibilidad económica”.

La Junta Directiva de la Institución, en el artículo 4°, acuerdo primero de la sesión N° 8824, celebrada el 4 de febrero del año 2016, literalmente indicó sobre el Fortalecimiento de la Prestación de Servicios de Salud lo siguiente:

“(…) ACUERDO PRIMERO: aprobar los documentos “Fortalecimiento de la Prestación de Servicios de Salud: Propuesta ajustada a prueba de campo” y “Perfil de Proyecto Validación de la Propuesta de Fortalecimiento de la Prestación de Servicios de Salud de la CCSS”. Estos documentos deberán ser el referente para las acciones desarrolladas por los diferentes grupos de trabajo relacionados con la prestación de servicios de salud, para lo cual se instruye a las Gerencias comunicar a las diferentes instancias y unidades a su cargo (…). (El resaltado no es del original)

Posteriormente, en el artículo 19° de la sesión N° 8826, del 18 de febrero del año 2016, ese órgano colegiado acordó:

“(…) la Junta Directiva ACUERDA designar a la Región Huetar Atlántica para la ejecución del Proyecto de Validación de la Propuesta de Fortalecimiento de la Prestación de Servicios de Salud (…). (El resaltado no es del original)

Además, el Plan de Gestión del Proyecto, avalado por el Órgano decisor, incluyó un componente denominado Organización de los servicios de salud en Red, mismo que señala:

“D.1. Definición del Gobierno de la Red: Se orienta a la definición de la gestión en Red, considerando los atributos de la Red. Corresponde a la definición de la organización funcional de la Instancia Gestora, que incluya al menos: funciones, roles y responsabilidades, relaciones de coordinación, nivel de autoridad, conformación del equipo gestor. Además, incluye la identificación de las funciones de soporte administrativo, logístico y financiero requeridas para la prestación de servicios de salud en Red”.

En lo que concierne a la normativa que regula el accionar de los gestores de la lista de espera, pareciera que no es clara en el alcance, responsabilidades y entregables que deben presentar los responsables, asimismo, existe en apariencia una desarticulación de la red lo cual no beneficia al paciente, aspecto señalado anteriormente.

La Guía institucional de ingreso, resolución y depuración de listas de espera para procedimientos médicos y quirúrgicos del año 2015, menciona en relación con el grupo gestor de listas de espera, que en todo establecimiento de salud donde se constante la existencia de listas de espera de procedimientos médicos y/o quirúrgicos, se deberá conformar un grupo gestor.

El Grupo Gestor de Listas de Espera Regional a nivel regional se deberá integrar por un grupo de tal naturaleza, que incluya:



- Médico Director Regional o el representante médico que éste designe.
- Supervisor Regional de Registros Médicos o representante que éste designe.
- Supervisor Regional de Informática o representante que éste designe.
- Otros que, por la complejidad y disposición, el Director Regional considere necesaria su incorporación.

El Grupo Gestor de Listas de Espera Local, debe de estar conformado por al menos los siguientes funcionarios:

En el caso de la lista de espera para procedimientos quirúrgicos debe disponer con:

- Director Médico o su representante.
- Jefatura de Sección de Cirugía y/o Medicina y/o de Consulta Externa y/o servicios, según corresponda al nivel de atención.
- Un médico cirujano y/o médico general con inducción en la gestión de listas de espera de cirugía.
- Un funcionario de Registros Médicos y Estadísticas de Salud.
- Un funcionario de Informática en las unidades que cuentan con recurso de CGI.
- Otros que, por la complejidad y disposición del centro, la Dirección General considere necesaria su incorporación.

La capacidad instalada hace referencia a la toma de decisiones respecto a la utilización de los recursos disponibles de la mejor manera, en donde la maximización de éstos logre demostrar una producción, en la cual no existan desviaciones o subutilización de recursos, para lo cual una adecuada y estricta gestión administrativa permitirá de mejor manera afectar la lista de espera de una manera positiva. Considerando lo anterior en el año 2017, la Auditoría emitió el oficio 54651, en el cual resumió los resultados de la aplicación de un instrumento de evaluación en el cual consideró la actividad quirúrgica, así como la disponibilidad de recursos, producción e impacto de estos en la lista de espera en el horario ordinario, de acuerdo con 27 hospitales en los cuales se desarrolla el proceso quirúrgico de los 29 con que dispone la institución; ante ello se determinó que la demanda de servicios superaba la oferta, por otra parte del total de tiempo contratado de los profesionales en salud, se destinaba aproximadamente el 20% del tiempo contratado, situación que efectivamente afecta el rendimiento respecto a la producción y resolución de la lista, por ende la incorporación de nuevos especialistas es fundamental para la habilitación de estrategias que permitan una atención oportuna de esta problemática.

Por otra parte la distribución, uso, disponibilidad de camas hospitalarias, al igual que la planificación, disponibilidad y uso de quirófanos es uno de los factores que debe de considerarse, siendo que estos recursos son medulares para la atención de la lista de espera, por cuanto una adecuada gestión representará una oportunidad de acceso pronto a los pacientes y un beneficio en las finanzas institucionales, de lo anterior es relevante la articulación entre la Gerencia Médica, la Unidad de Listas de Espera, las Direcciones de Sede en específico la Dirección de Red, Redes Integradas de la Prestación de los Servicios de Salud y centros de salud.

De conformidad con lo anterior, la Gerencia Médica, como unidad responsable de la lista de espera e instancia rectora en este tema, debe diseñar mecanismos más eficientes, pertinentes y oportunos para articular los recursos de una manera oportuna para que los pacientes en tiempo y forma, se les resuelva su situación de salud, lo anterior considerando que en la actualidad no se ha podido resolver eficazmente la lista de espera, lo cual refleja el desbalance que existe y persiste entre la oferta y la demanda de los servicios, y resolución del proceso patológico por el cual el paciente ingreso a una lista de espera considerada insostenible.

4. SOBRE LA UNIDAD TÉCNICA DE LISTAS DE ESPERA Y EJE TEMÁTICO ATENCIÓN OPORTUNA DE LAS PERSONAS

La Unidad Técnica de la Lista de Espera, desde su creación en el año 2001, fue designada como; "(...) la instancia técnica encargada de llevar adelante las estrategias más adecuadas y documentadas a nivel nacional e internacional, con respecto a la disminución respectiva de las listas de espera para cirugía electiva, consulta externa especializada y procedimientos. Está adscrita a la Gerencia División Médica, con el pleno apoyo de las restantes Gerencias. Su dirección estará a cargo de un Sub Gerente de la División Médica. Contará con el apoyo de todas las instancias internas que puedan consolidar sus objetivos y el apoyo técnico externo que se requiera



en el tema de las listas de espera. Se utilizará alternativamente en el Reglamento la sigla UTLE para referirse a la Unidad Técnica.”

Así mismo, la Unidad Técnica de Listas de Espera, fue establecida como una instancia adscrita a la Gerencia de División Médica, con unidad programática propia y con los siguientes objetivos:

“(...) - Documentar las estrategias desarrolladas a nivel nacional e internacional sobre listas de espera y clasificar aquellas que sean válidas de aplicarse en Costa Rica.

- Desarrollar las estrategias que promuevan una reducción efectiva de las listas de espera para cirugía electiva, consulta externa especializada y procedimientos en las especialidades que se determinen como críticas por la Gerencia Médica.

- Promover negociaciones y fungir como ente facilitador de acuerdos con y entre centros médicos de la CCSS, para solucionar listas de espera para cirugía electiva, consulta externa especializada y procedimientos.

- Ser garante de la gestión de pago efectiva por el cumplimiento de los acuerdos de solución para las listas de espera para cirugía electiva, consulta externa especializada y procedimientos por parte de los centros médicos de la CCSS que sirvan como prestadores de servicios.

- Monitorear, con el apoyo técnico de la SUGESS, la correcta productividad en la jornada ordinaria y en la jornada extraordinaria o adicional, para garantizar la equidad en la prestación de servicios médicos de los centros que sirvan como prestadores de servicios.

- Mantener y actualizar del sistema de registro de pacientes en listas de espera de los hospitales y clínicas de la CCSS que sean incorporados en la estrategia de solución de la Unidad Técnica de Listas de Espera.

- Gestionar todos los mecanismos de Tecnología de la Información disponibles en el nivel institucional, con el fin de establecer en el mediano plazo una red de información digital entre los centros médicos que inician la estrategia y en el largo plazo, con todos los centros médicos del país.

- Otras que sean delegadas, mediante aprobación previa de la Junta Directiva de la CCSS, por la Presidencia Ejecutiva o la Gerencia División Médica, en el ámbito de lo establecido como sus objetivos y en la búsqueda de su mejor cumplimiento”.

Mediante oficio GM-GE-8523-2019 del 4 de julio del 2019, el Dr. Mario Ruiz Cubillo, Gerente Médico facilitó los Lineamientos: Ejecución del Plan Táctico Gerencial, 2019-2022, en donde se hace referencia como parte de los procesos de Planificación Institucional y la rendición de cuentas, los indicadores que componen el Plan Táctico Gerencial 2019-2022.

A su vez, el plan señalado está conformado por 31 acciones estratégicas, que dan respuesta al análisis del contexto de Salud y los diferentes compromisos que son obligatorios para la Gerencia Médica, entre ellos: Plan Nacional de Desarrollo 2019-2022, Plan Estratégico Institucional 2019-2022, la Política de Sostenibilidad del Seguro de Salud, Política Integral de Buen Trato, Proyecto del Banco Mundial, así como, otras líneas estratégicas de la Gerencia Médica, y dentro del eje temático Atención Oportuna de las Personas, se pretende como objetivos por alcanzar los siguientes:

- Reducir los días de espera para cirugía de reemplazo de cadera y de rodilla.
- Disminuir los días de espera para cirugías electivas que requieren hospitalización.
- Disminuir los días de espera de la lista global para cirugía ambulatoria.
- Distribuir la tendencia de Cirugía Mayor Ambulatoria en procedimientos identificados por el Banco Mundial.
- Disminuir el número de días de espera máxima para consulta médica especializada.

La Unidad Técnica de Listas de Espera, es una de las unidades fundamentales en lo que corresponde a la organización, direccionamiento y supervisión de las gestiones y acciones que se desarrollan a nivel local, a fin de solventar la lista de espera, así como las necesidades que presentan esos niveles de atención ante la disposición de recursos.

Sobre el eje temático relacionado con la atención oportuna de las personas, es relevante señalar la oportunidad y el reto que ello representa, a fin de implementar estrategias sostenidas y orientadas a la resolución de la lista de espera, en donde se consignent actividades oportunas que consideren aspectos de eficiencia, eficacia y economía en los procesos inherentes a la actividad propiamente dicha, a fin que sean congruentes con lo recomendado por la; OMS, OPS, la OCDE y el abordaje que esta Auditoría Interna a realizado en forma sistemática.

5. PRESUPUESTO UNIDAD TÉCNICA LISTAS DE ESPERA.

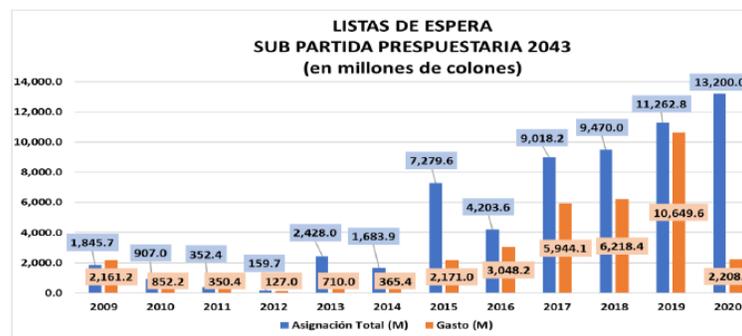
Mediante oficio GM-AOP-0474-2020, del 18 de mayo del 2020, la Dra. Marny Ramos Rivas, coordinadora general, Unidad de Listas de Espera, mencionó lo siguiente en relación con el presupuesto asignado a esa Unidad:

“(...) se expone la información desde 2009 para evidenciar la evolución, tanto en la asignación del presupuesto como en el porcentaje de ejecución y las variables de modificación, gasto y saldo por año. De manera que también se logre concluir la razón del aumento en la partida presupuestaria para los años 2019 y 2020.

Previo al análisis de los datos adjuntos, debe mencionarse que la Unidad Técnica de Listas de Espera realizó cambio en la Coordinación General el 27 agosto del 2018, siendo que se han establecido nuevas estrategias y acciones que buscan impactar de manera importante los plazos de espera, lo cual se evidencia especialmente el 2019, en donde se inicia con la operativización del Plan de Atención Oportuna a las Personas (PAOP) avalado por la Junta Directiva, se aumentan los proyectos junto con la producción ordinaria y se ponen en marcha las campañas de alto impacto, solo por nombrar algunos de los logros.

Imagen 1. Presupuesto asignados y ejecutados por la UTLE 2009 al 2020.

Gráfico N° 01
Presupuestos asignados y ejecutados en la partida 2043
asignada a Unidad Técnica Lista de Espera en el periodo de 2009 a 2020



Fuente: Mayor Auxiliar de Asignación Presupuestaria 2009-2020

(...) Por último, se ve la necesidad de dejar en claro, respecto a partidas presupuestarias, que la Unidad Técnica Lista de Espera, según el artículo N° 09 y acuerdo primero de sesión N° 8202 del Jueves 06 de diciembre de 2007 de Junta Directiva, el cual se adjunta en anexos; que esta Unidad cuenta únicamente con la partida N° 2043, con la cual se financia el sistema de pago para cirugía y consulta vespertina y el resto de proyectos a los cuales se les da visto bueno; siendo que es con la asignación a esta partida con la que debe responderse a las necesidades de lista de espera y atención oportuna de acuerdo en el Plan Nacional y lo dispuesto por la Sala Constitucional y como se evidencia en el acuerdo está dirigida a proyectos en horarios vespertinos”.



De acuerdo con lo señalado anteriormente, se evidencia que desde el año 2009, se ha asignado presupuesto para la atención de la lista de espera, el cual se incrementó en comparación del 2009 al 2019 en un 600% aproximadamente, sin embargo, la ejecución durante ese periodo en promedio fue de un 86% con una varianza entre el 29% y 199%, lo cual hace suponer que el proceso administrativo desarrollado por esa unidad, conlleva aspectos de ajuste a los efectos de evidenciar una mejora en la gestión de la lista de espera y por lo consiguiente resolver los problemas de salud de los usuarios con prontitud.

6. SISTEMA DE INFORMACIÓN Y GESTIÓN PARA TOMA DE DECISIONES.

En la Caja Costarricense de Seguro Social, se dispone de una plataforma tecnológica orientada a sistematizar y automatizar la captura de datos, relativos a la atención de los pacientes que son atendidos en los diferentes establecimientos de salud.

Particularmente, la lista de espera quirúrgica dispone de apoyo del Sistema Integrado de Atención Hospitalaria (SIAH), también conocido como ARCA Hospitalización, aplicativo informático que dispone de una funcionalidad para realizar el registro de los usuarios que requieren de una cirugía electiva, permitiendo de esta forma actualizar los registros de los pacientes que fueron atendidos o depurados, siendo esta la única funcionalidad a nivel institucional que coadyuva a la gestión de la lista de espera quirúrgica de la CCSS.

El 21 de mayo de 2020, esta Auditoría efectuó consulta al Área de Estadísticas en Salud sobre los sistemas informáticos disponibles que coadyuven a la gestión de las Listas de Espera, siendo que, el 1 de junio del 2020, mediante correo electrónico de esa fecha la Licda. Susana López Delgado, jefe de la Subárea de Análisis Estadístico manifestó lo siguiente respecto a la Lista de Espera Quirúrgica:

- **Ingreso a la lista de espera:** Repositorio único a nivel nacional de los pacientes en espera de un procedimiento quirúrgico en donde se requiere una hospitalización. Permite el registro, actualización y depuración de casos. Este módulo permite ver los ingresos de un paciente en toda la institución y además contiene validaciones que impiden que se haga un registro duplicado en la lista.
- **Integración con SIES:** Se dispone de una conexión con el Expediente Electrónico de forma tal que el médico desde la atención clínica puede enviar al paciente a la lista de espera en tiempo real y generar una programación de este.
- **Priorización de pacientes:** Se cuenta con el formulario automatizado para realizar la priorización de pacientes en la lista de espera, de esta forma se determina el grado de prioridad que debe tener dentro de la lista el usuario, esto para aquellas patologías determinadas por la UTLE como prioritarias.
- **Derivación de pacientes:** Por medio de esta funcionalidad el centro médico puede gestionar el traslado de pacientes de un lugar a otro, ingresando al paciente en la nueva unidad manteniendo sus datos y fecha de registro y depurando el caso en el centro que origina el traslado por lo que en tiempo real se actualiza en ambas listas de espera el registro.
- **Resolución/depuración de pacientes:** Modulo que permite dar seguimiento a los pacientes que han sido intervenidos en cualquier centro médico de la institución y que cuentan con un registro en la lista de espera, por medio de este módulo el gestor puede resolver o depurar los pacientes, en su lista de espera. Permite depurar en el caso de los fallecidos.
- **Programación de pacientes:** Esta programación permite llevar el control de los pacientes que son programados, si corresponden a pacientes de la lista de espera o emergencias, realiza un ligue con la lista de espera permitiendo desde la programación visualizar si el paciente es la de la lista de espera y la fecha de ingreso a la misma y además solicita una justificación de la programación para casos que no son lista de espera. Además, hace una advertencia a los usuarios cuando el paciente a programar no es el más antiguo de la lista.



- **Nota operatoria:** Registro del evento llevado a cabo en sala de operaciones por el médico especialista, permite en tiempo real la resolución del registro en la lista de espera.

Por otro lado, la solución EDUS, conformada por varios programas informáticos brinda la funcionalidad de contabilizar el tiempo que aguardan los pacientes por una atención en la consulta externa especializada, sea esta del segundo o tercer nivel de atención. Esa funcionalidad se ha implementado en el Sistema Identificación, Agendas y Citas (SIAC), específicamente en el módulo de citas donde mediante las variables de “Fechas de Asignación de Cita” y “Fecha de Cita”, se genera un aproximado del plazo de espera de los usuarios, datos que pueden ser consultados mediante los reportes disponibles o los cubos de información diseñados sobre la información capturada por ese aplicativo.

En relación con los Procedimientos Diagnósticos, se ha desarrollado una funcionalidad de agendamiento en el Módulo de Agendas y Citas del SIAC, lo cual permite conocer el plazo promedio de espera de los usuarios para acceder a la cita para realizar un procedimiento de diagnóstico, no obstante, por los alcances de ese aplicativo informático se carece de la información relacionada con la espera para la interpretación de los resultados para aquellos procedimientos que se realizan en tres tiempos.

Bajo esa breve descripción, se plasma que la plataforma informática disponible a nivel institucional se basa en sistemas transaccionales, es decir, aplicativos informáticos que permiten la captura total o parcial de datos relacionados con la gestión de las listas de espera en Consulta Externa, Procedimientos Diagnósticos o Quirúrgica, asimismo, se conoce por parte de esta Auditoría la existencia de herramientas como Cubos de Información que facilitan el análisis de los datos disponibles en la data warehouse institucional, no obstante, dichas herramientas no están disponibles para el sistema SIAH, lo cual ha limitado el disponer de cubos de información relacionados con la lista de espera quirúrgica.

Durante diciembre 2017 esta Auditoría Interna presentó ante la Junta Directiva la metodología desarrollada para analizar la disponibilidad, uso y aprovechamiento de los recursos institucionales, la cual consistía en una sistematización y presentación de los indicadores definidos por la Gerencia Médica para realizar un análisis en función de determinar cómo impactan el aprovechamiento y disponibilidad del recurso humano, la gestión de las camas hospitalarias, la programación y ejecución de los roles por servicio y especialidad, la producción quirúrgica y el comportamiento de ingresos y egresos de la lista de espera, de manera tal, que se dispusiera de información para soportar la toma de decisiones e impulsar la creación de estrategias para el abordaje local de las listas de espera quirúrgica. Según consta en el artículo 14 de la sesión de Junta Directiva N°8949, dicha propuesta fue recibida y se instruyó a la Gerencia Médica implementar la misma a nivel institucional, no obstante, no se concretó ni se aplicó por parte de esa Gerencia.

Durante enero del 2019, según consta en el Artículo 41 de la sesión de Junta Directiva 9010, se avaló la inclusión de indicadores complementarios de gestión y desempeño adicionales el Tiempo de Utilización de Sala Hospitalaria (TUSH), asimismo, se avaló que la metodología creada por la Auditoría Interna y conocida por la Junta Directiva en la sesión 8949, se utilizara para identificar brechas, mientras que los nuevos indicadores se utilizarían para mejorar la gestión de las salas de operaciones.

En virtud de lo antes descrito, la Unidad Técnica de Listas de Espera inició con un desarrollo informático, en conjunto con la Dirección de Tecnologías de Información y Comunicaciones para diseñar una solución de inteligencia de negocios que permitiera la visualización de los indicadores complementarios propuestos en la sesión 9010 del 10 de enero del 2019, a saber: Inicio Oportuno del primer caso, Tiempo medio de rotación o tiempo de recambio, Suspensiones por causa para cada especialidad, porcentaje de ocupación/utilización de cada quirófano, brecha entre oferta y demanda, no obstante a la fecha de elaboración del presente oficio esta Auditoría no tuvo conocimiento sobre el estado de desarrollo de dicha herramienta.

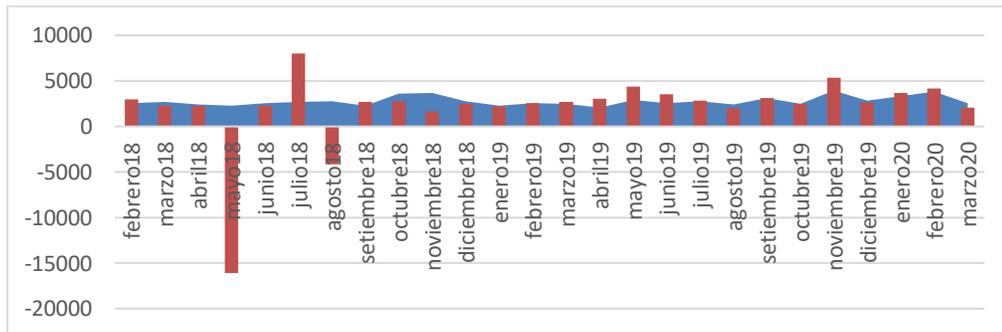
Si bien es cierto, existen iniciativas y proyectos en desarrollo, las gestiones efectuadas por la Gerencia Médica a través de la Unidad Técnica de Listas de Espera, han sido insuficientes para disponer de un sistema de información que permita disponer de datos estructurados sobre las listas de espera, para motivar la utilización de un método científico donde se obtenga conocimiento y se generen estrategias institucionales respecto al abordaje de las listas de espera.

Considerando lo antes expuesto, es necesario manifestar que la Caja Costarricense de Seguro Social carece de una solución informática que coadyuve de forma integral a la gestión oportuna y eficiente de las listas de espera, asimismo, se carece de herramientas orientadas a dotar de información de valor que motive un proceso de toma de decisiones sustentado en datos íntegros, oportunos y relevantes de la lista de espera, tanto a nivel local, regional como central.

Calidad de la Información Consignada en la Lista de Espera quirúrgica

Uno de los aspectos fundamentales para el proceso de toma de decisiones se centra en la calidad de los datos consignados en las bases de datos institucionales, siendo que, para lo que respecta, se han identificado oportunidades de mejora de cara a la aplicación de técnicas de analítica y minería de datos, para la generación de conocimiento de frente al proceso de toma de decisiones a nivel institucional.

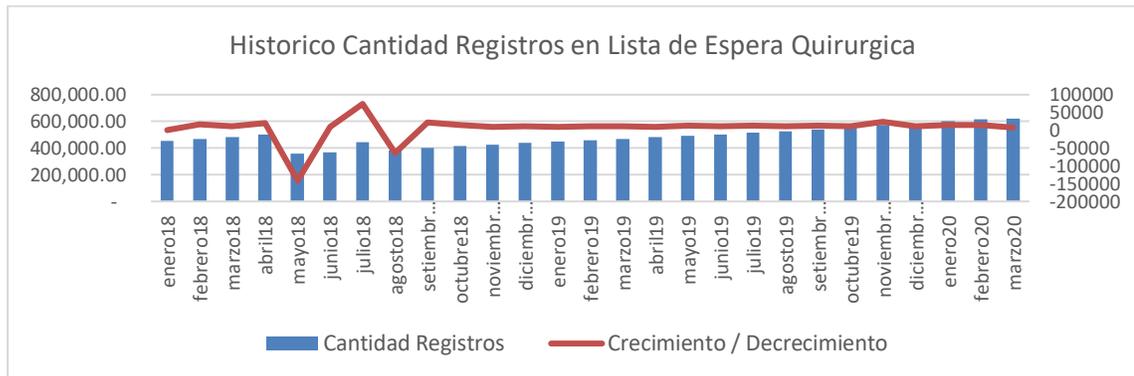
- En primera instancia, se identificaron campos donde se consignan valores nulos o en blanco, cuando los mismos deberían contener información, por ejemplo, cuando un paciente es operado o depurado se omite registrar la fecha de dicho evento, lo cual ocasiona sesgos importantes durante el análisis de datos.
- Se identificó la falta de homogenización en variables categóricas como: Especialidad, Servicio, Descripción y Código de Diagnóstico, entre otros.
- Se han identificado datos atípicos en el archivo de la lista de espera, siendo que, se registran crecimientos de resoluciones de hasta -16 000 usuarios en un mes, según se observa en la siguiente gráfica:



Fuente: Lista de Espera Quirúrgica, Corte marzo 2020 – UTLE

Es importante manifestar que esos datos son considerados como atípicos, por cuanto, extrapolan considerablemente el comportamiento histórico de la lista de espera, asimismo, no se logra asociar algún acontecimiento particular que motive o justifique esos comportamientos, por lo cual, técnicamente se sustenta la teoría de faltante de observaciones entre los cortes mensuales de la lista de espera.

- Se detectó que la cantidad de registros consignados en los archivos de lista de espera quirúrgica, con corte mensual, durante el año 2018 presenta faltantes en la cantidad de registros, siendo que existen meses donde se disponen de archivos con menor cantidad de registros respecto al anterior.



Fuente: Lista de Espera Quirúrgica, Corte marzo 2020 - UTLE

Como se puede apreciar, durante el 2018 se consignó el decrecimiento en la cantidad de personas para los cortes de mayo y agosto, siendo que esta Auditoría carece de información que le permita constatar documentalmente, si los registros faltantes para cada corte de la lista de espera obedecen a pacientes resuelto o pendientes, o bien si está asociado a un evento particular en la institución que haya motivado ese comportamiento.

Lo antes expuesto dificulta determinar la cantidad real de personas que han conformado históricamente la lista de espera quirúrgica, asimismo, podría afectar la accesibilidad y el derecho a la salud de aquellos pacientes que estaban a la espera de una cirugía que eventualmente fueron eliminados de la misma en esos periodos.

- En lo que corresponde a los procesos de depuración de la lista de espera, la Auditoría ha determinado mediante la correlación del archivo maestro de defunciones aportada por el TSE⁴ y la lista de espera quirúrgica aportada por la UTLE con corte a enero 2020, mediante el programa (software) IDEA la existencia de existen 873 registros de pacientes que se encuentran en lista de espera. Así mismo, existen personas que presentan en la base de datos o archivo de Excel de la lista de espera con fechas de defunción que son anteriores a la fecha en que se ingresaron a la lista de espera, ejemplo: fecha defunción 15-10-1924, fecha inclusión lista espera 20-6-2016, situación que no brinda seguridad jurídica respecto a la información que se resguarda, así como el proceso para acceder a un procedimiento quirúrgico.

Sobre este respecto, es necesario que la Unidad Técnica de Listas de Espera realice un análisis detallado de los elementos consignados en este apartado, a efectos mejorar la calidad de la información consignada en la lista de espera a nivel institucional, lo anterior con el propósito de garantizar la existencia de información integra, útil y oportuna para la toma de decisiones.

Así mismo, es necesario que la Gerencia Médica destine recursos a fortalecer la elaboración y/o puesta en marcha de herramientas informáticas que motiven un seguimiento, monitoreo y control constante de la lista de espera, producto de la cual se puedan desprender estrategias locales, regionales y nacionales.

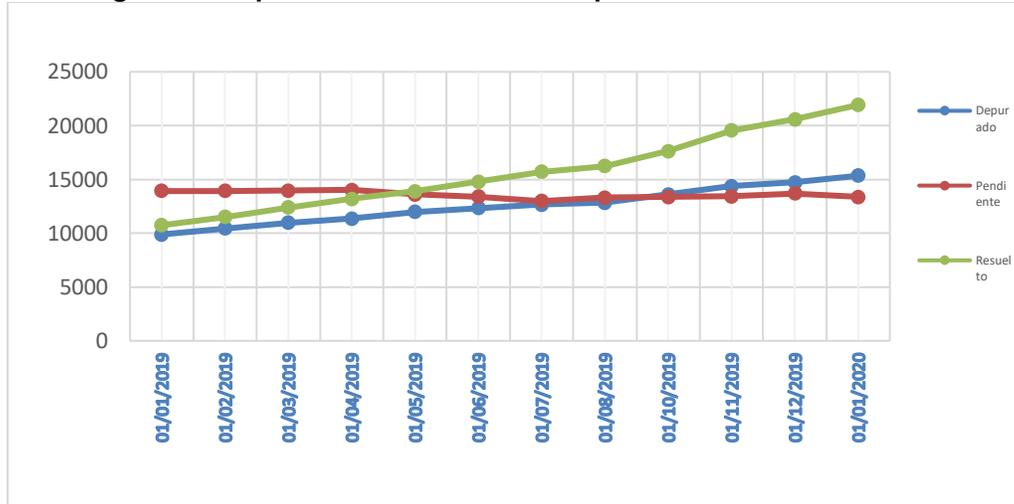
7. LISTAS DE ESPERA QUIRÚRGICA Y JORNADAS DE PRODUCCIÓN.

La Lista de Espera Quirúrgica es considerada un registro de pacientes que aguardan por una intervención quirúrgica para subsanar una situación de salud, la cual eventualmente le imposibilita el desarrollo de las actividades diarias o normales, por lo tanto, la Caja Costarricense de Seguro Social, siendo el principal prestador de servicios de salud en Costa Rica, afronta una demanda avasallante en lo que refiere a procedimientos quirúrgicos, lo cual se puede ver

⁴ DTIC-134-2020, del 18 de febrero, 2020, suscrito por Licda. Patricia Chacón Jiménez, Jefe del departamento de tecnologías de información y comunicaciones del TSE

traducido en plazos de espera que superan por demasía las necesidades de los pacientes, incluso con adherencia de complicaciones o nuevas patologías e incremento de incapacidades producto de la misma patología o nuevas.

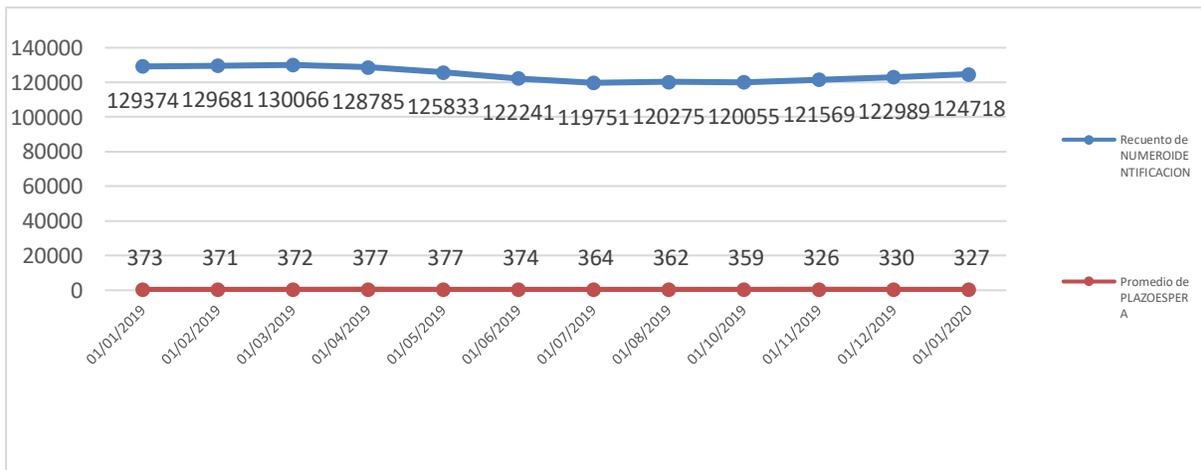
Imagen 1. Comportamiento de Lista de Espera enero 2019 a enero 2020.



Fuente: Unidad Técnica Listas de Espera, 10-2-2020.

Del gráfico anterior, se puede inferir para el año 2019, la presencia de un incremento sostenido en lo que corresponde a la resolución de pacientes de la lista de espera, al igual que lo relacionado a depuración, y una leve disminución en lo que corresponde a pacientes pendientes de la lista, situación que puede obedecer a una menor demanda.

Imagen 2. Comportamiento de Lista de Espera enero 2019 a enero 2020 en plazos.



Fuente: Unidad Técnica Listas de Espera, 10-2-2020.

Sobre el comportamiento de la lista de espera para el 2019, se observa de enero 2019 a enero de 2020 una disminución de aproximadamente 5.000 pacientes, y una reducción de plazos de espera de 46 días, esto producto eventualmente de la resolución de pacientes de más larga data, aspecto que a su vez evidencia que las gestiones y esfuerzos institucionales, logran un efecto parcial, considerando que la demanda día a día se incrementa a expensas de una oferta insuficiente de frente a la demanda, situación que se evidencia en el cuadro siguiente.

Imagen 3. Comportamiento de Lista de Espera quirúrgica enero 2019 a enero 2020, pacientes pendientes de atención enero 2020.

MES-AÑO	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	Total general
enero2019	3	38	157	1086	4529	10596	30523	73102	9340		129374
febrero2019	4	39	152	1035	4014	9687	28301	68035	18414		129681
marzo2019	2	35	125	974	3643	8976	26122	63881	26308		130066
abril2019	2	36	121	888	3406	8300	23648	59921	32463		128785
mayo2019		12	92	805	3070	7471	21211	53890	39282		125833
junio2019		2	71	628	2754	6657	18952	48529	44648		122241
julio2019			53	442	2423	5358	16621	44061	50793		119751
agosto2019			46	321	2025	4843	15185	41905	55950		120275
octubre2019			30	238	1595	4031	11995	36166	66000		120055
noviembre2019			20	135	1267	3497	9887	30309	76454		121569
diciembre2019			19	120	1130	3194	9234	28342	80222	728	122989
enero2020			14	88	954	2985	8650	25863	72642	13522	124718
Total general	11	162	900	6760	30810	75595	220329	574004	572516	14250	1495337

Fuente: Unidad Técnica Listas de Espera, 10-2-2020.

Por lo anterior, se presenta un análisis estadístico descriptivo (EDA por sus siglas en inglés), de la Lista de Espera quirúrgica, para lo cual se visualiza el 100% de los registros disponibles que conforman la lista de espera quirúrgica, con corte al mes de marzo del año 2020, la cual está conformada por 623 441 observaciones, en los cuales se registra una data histórica desde el año 2003, asimismo, esa cantidad de registros se encuentran divididos en cuatro categorías a saber: Resuelto (340 781 pacientes), Pendiente (125 361 usuarios), Depurados (152 080 personas), Derivados (5 125 registros), y Tránsito (94 pacientes).

En primera instancia, se presenta un análisis descriptivo sobre los pacientes que aún están a la espera de una intervención quirúrgica para poder recuperar total o parcialmente el estado de salud, siendo que este grupo de personas conforman la lista de espera actual.

Para poder graficar el 100% de observaciones disponibles se procedió a realizar una discretización de las variables edad y plazo de espera, de manera tal que se ha permitido identificar que el grupo etario ubicado entre los 61 y 80 años es el que tiene mayor prevalencia de casos en lista de espera, seguido por las personas cuyas edades oscilan entre 41 y 60 años, grupos que concentran el 62% del total de personas que esperan por una intervención quirúrgica.

En lo que corresponde a la distribución de los pacientes por grupo etario y por provincia, se evidencia que San José, Alajuela, Heredia y Cartago se posicionan como las provincias con mayor lista de espera, mientras que Limón, Guanacaste y Puntarenas, son las provincias con menos cantidad de pacientes a la espera de una cirugía. Cabe señalar que, según los datos consignados en el set de datos de listas de espera, con corte a marzo 2020, existen 1 933 registros de los cuales no se les especificó una provincia.

Gráfico 1: Distribución de pacientes en espera de cirugía según grupo etario, Lista de Espera Quirúrgica marzo 2020, CCSS

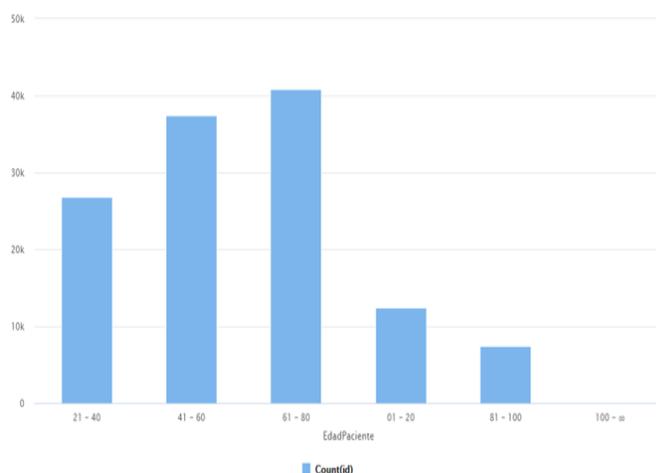
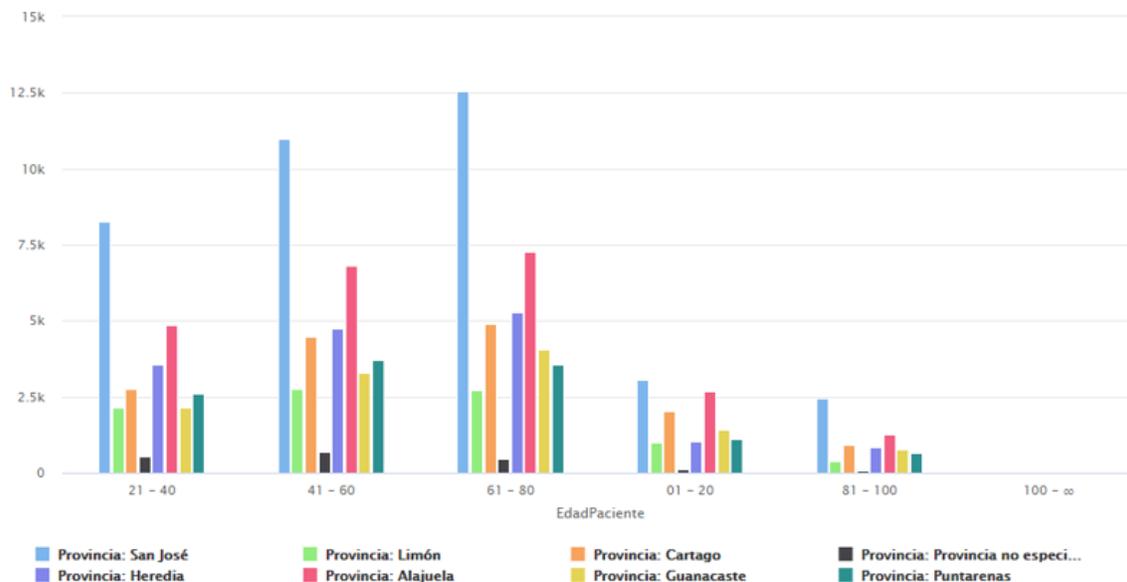
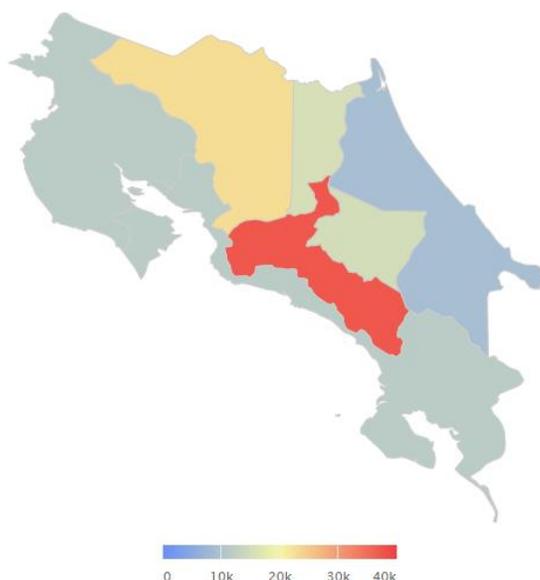


Gráfico 2: Distribución de pacientes en espera de cirugía según grupo etario y provincia, Lista de Espera Quirúrgica marzo 2020, CCSS



Fuente: Unidad Técnica Listas de Espera.

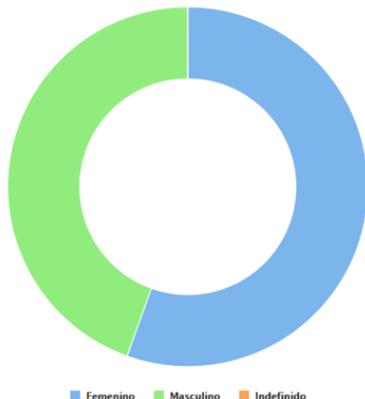
Para una mejor visualización, respecto a la cantidad de personas que conforman la lista de espera quirúrgica en el país, según la provincia, se ha generado un mapa de calor que permite verificar en función de los datos consignados en el set analizado, que las provincias de San José y Alajuela se posicionan como las más críticas.



Ahora bien, si se realiza una distribución de pacientes a la espera de cirugías, según género, se evidencia que 69 358 (55%) son mujeres, 55 664 (44%) hombres, y 3 (1%) personas registran como género indefinido.

Al realizar la relación de las variables asociadas a la cantidad de pacientes registrados en la lista de espera, provincia y distribución según género, se mantiene la relación de mayor presencia de las mujeres en todas las provincias.

Gráfico 3: Distribución de la lista de espera según género, Lista de Espera Quirúrgica a Marzo 2020, CCSS

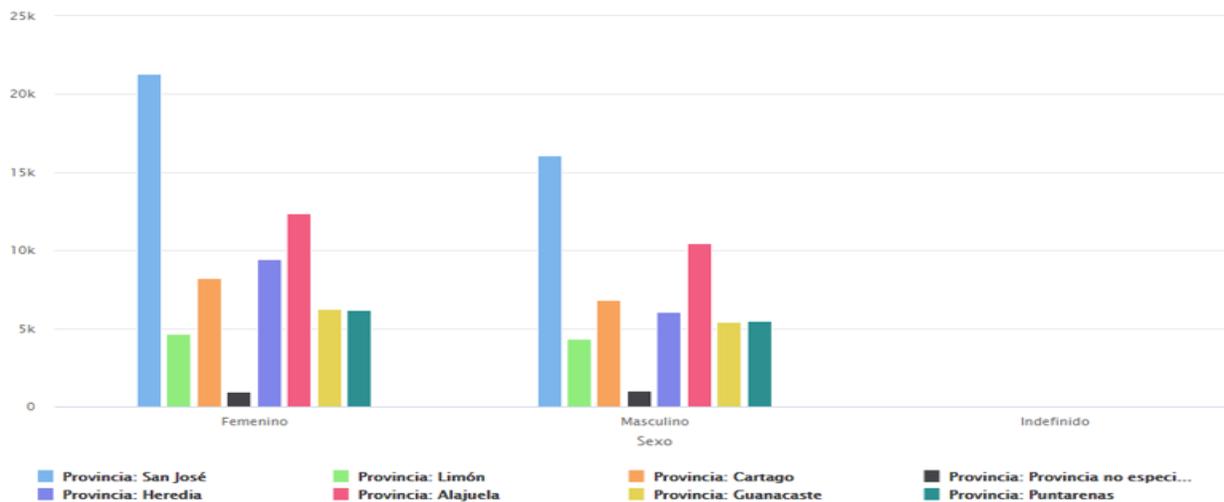


También se mantiene la distribución según la cantidad de pacientes en espera, donde las provincias de San José, Alajuela, Heredia y Cartago (en ese orden), según se muestra en la siguiente gráfica.

Realizadas las consideraciones anteriores, es necesario identificar cuáles son las especialidades con mayor demanda, por parte de la población femenina del país, asimismo, identificar los grupos etarios que requieren de dicho servicio.

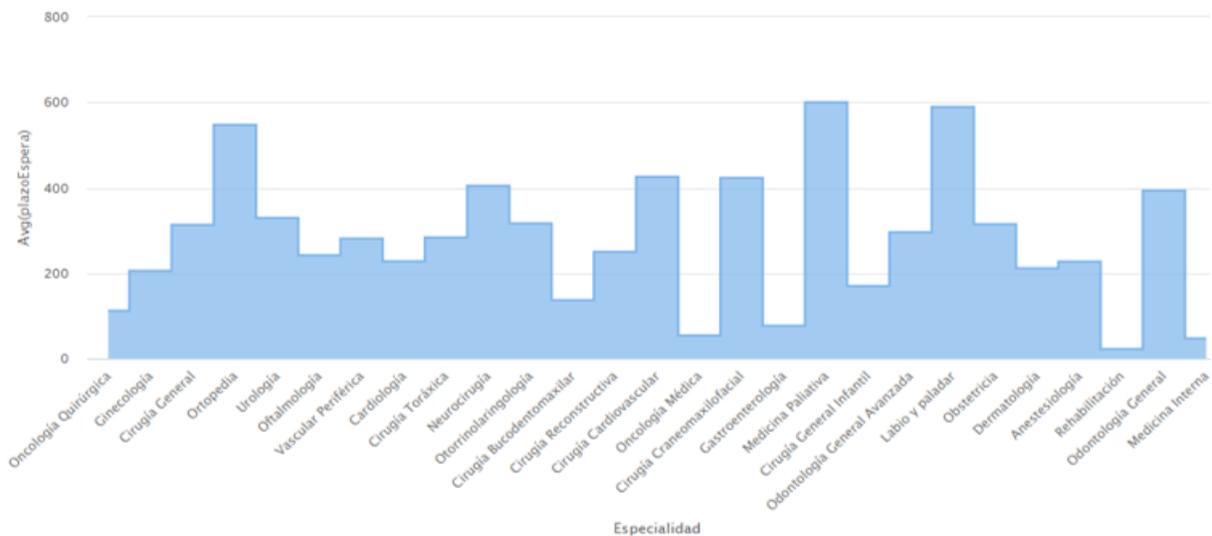
Fuente: Unidad Técnica Listas de Espera.

Gráfico 4: Distribución de la lista de espera según provincia y género, Lista de Espera Quirúrgica a Marzo 2020, CCSS



Hechas las consideraciones anteriores, se extraen los plazos promedios de espera a nivel general de la Lista de Espera Quirúrgica, siendo que las especialidades de Medicina Paliativa, con 600 días promedio de espera, Labio y Paladar con 589 días de espera promedio y Ortopedia con un promedio de 547 días, se posicionan como las Especialidades Médicas con mayor plazo de espera, según se muestra a continuación.

Gráfico 5: Plazo promedio de espera por especialidad, Lista de Espera Marzo 2020, CCSS



Fuente: Unidad Técnica Listas de Espera.

Si bien es cierto se han plasmado datos generales de la lista de espera con corte a marzo 2020, se considera importante profundizar en mayor detalle sobre el comportamiento de este listado en función del género (Femenino y Masculino), asimismo, es necesario efectuar un análisis detallado en función de los establecimientos de salud disponibles en la Caja Costarricense de Seguro Social.

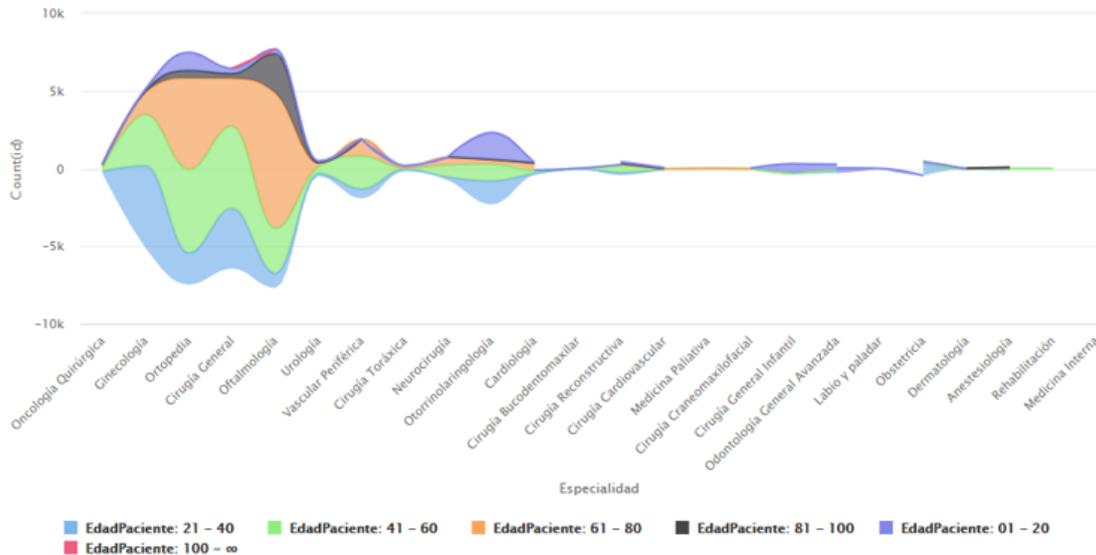
Población Femenina a la Espera de una Cirugía.

Según se ha consignado en el presente documento, la población femenina tiene mayor presencia en la cantidad de personas que esperan por una cirugía, con el 55% de la demanda de los servicios quirúrgicos, las mujeres en todo el territorio nacional se constituyen en un elemento relevante para el análisis de los casos en lista de espera.

En ese sentido, la presente sección del análisis tratará de determinar un perfil nacional sobre las patologías que tienen las personas que forman parte de la Lista de Espera Quirúrgica, para lo cual se analizan los datos a partir de dos variables dependientes, como lo son; la cantidad de personas y los tiempos de espera.

Como resultado del cruce de las variables antes mencionadas, se ha determinado que las especialidades de mayor demanda, por parte de la población femenina, en orden descendente son: oftalmología, ortopedia, Cirugía General, Ginecología, Otorrinolaringología, y Vascular Periférica, todos con pacientes cuyas edades oscilan entre 1 y 100 años.

Gráfico 6: Cantidad de mujeres en lista de espera según especialidad y grupo etario, Lista de Espera Marzo 2020, CCSS

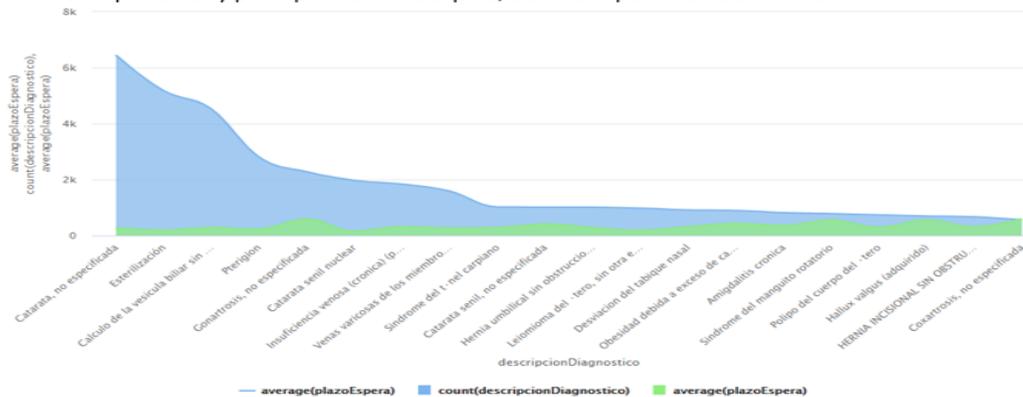


Fuente: Unidad Técnica Listas de Espera.

Adicionalmente, se ha detectado que la patología que registra mayor cantidad de mujeres a la espera de una cirugía es “Catarata no especificada”, la cual está conformada por 6 454 personas y tiene un plazo promedio de espera 273 días, por otro lado, la patología que demanda mayor tiempo en espera, por parte de las pacientes es “Coxartrosis no especificada” enfermedad que es padecida por 562 mujeres (8% en relación con las personas que aguardan por una cirugía de cataratas), mismas que deben aguardar 592 días en promedio para tratar su patología.

Es importante señalar, que los diagnósticos mostrados en el gráfico 7, del presente documento concentran el 52.86% del total de mujeres que están en la lista de espera con corte a marzo 2020.

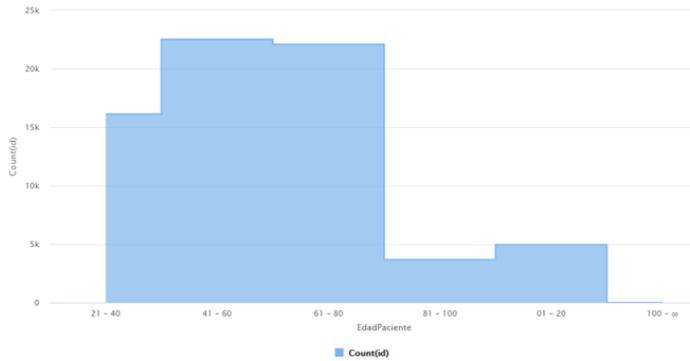
Gráfico 7: Top 20 de los principales diagnósticos que afectan a la población femenina agrupado por cantidad de pacientes y plazo promedio de espera, Lista de Espera marzo 2020. CCSS.



Fuente: Unidad Técnica Listas de Espera

Otro aspecto por considerar es que el 56% de las mujeres que están en lista de espera están en edades laboralmente productivas, entre los 21 y 60 años, el 32% tienen entre 61 y 80 años, y el 5% corresponde a mujeres mayores de 80 años.

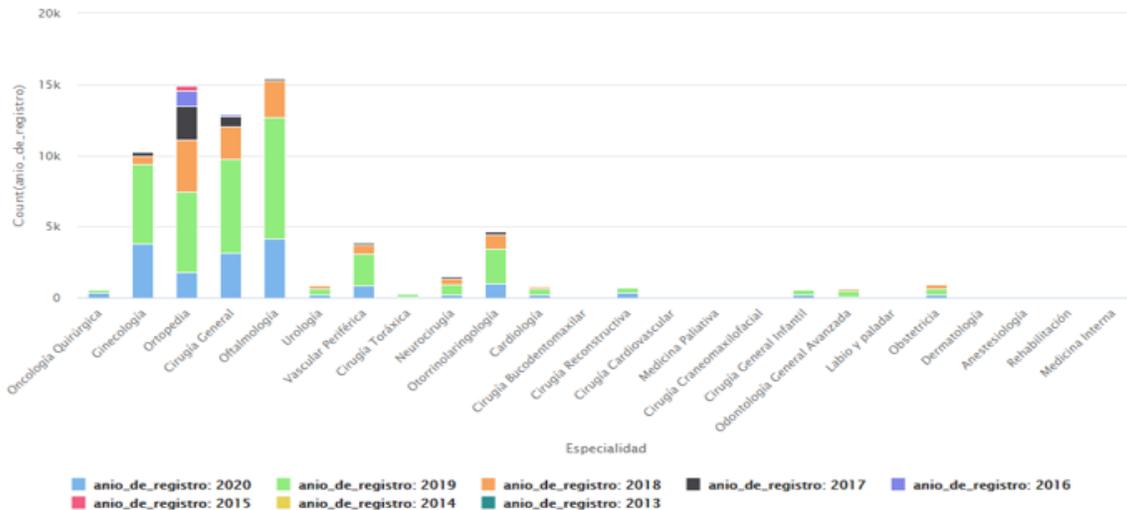
Gráfico 8: Cantidad de mujeres según grupo etario que conforman la lista de espera quirúrgica. Lista de Espera marzo 2020, CCSS.



Este dato cobra relevancia, por cuanto las diferentes patologías que afectan a las mujeres de todo el país podrían evolucionar y ocasionar una mayor afectación en la salud de las pacientes, asimismo, al estar el 55% en una edad laboral, dichas enfermedades podrían estar generando incapacidades. Por otro lado, la población adulta mayor podría obtener una discapacidad temporal, aspecto que podría comprometer el bienestar de esas mujeres, lo cual, podría traducirse en una mayor demanda de los servicios de salud por eventuales accidentes o complicaciones de la enfermedad que les tiene a la espera de una operación.

Finalmente, cabe resaltar que 2 personas que aguardan por una cirugía desde el año 2013, 35 desde el 2014, 455 desde el 2015, 1 337 desde el 2016, 4 073 desde el 2017, 12 222 desde el 2018 y 34 731 desde el 2019, mientras que para este 2020, han ingresado a la lista de espera 16 702 mujeres, según se muestra a continuación:

Gráfico 9: Cantidad de mujeres en lista de espera por especialidad y año, Lista de Espera marzo 2020, CCSS.



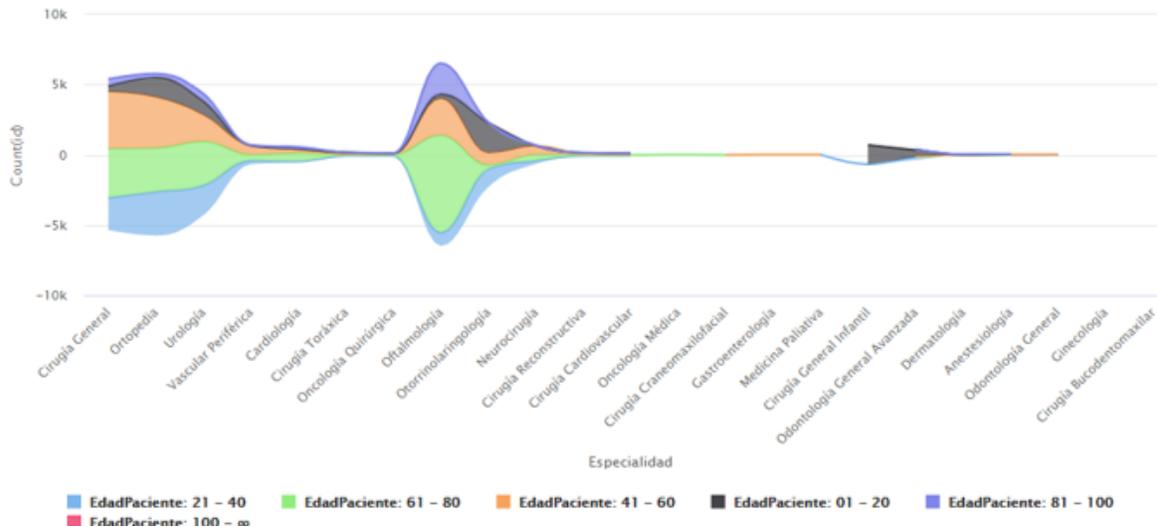
Fuente: Unidad Técnica Listas de Espera.

Población Masculina a la Espera de una Cirugía.

La población masculina representa el 44% de las personas que conforman la lista de espera quirúrgica, siendo que, para los efectos correspondientes los hombres reportan mayor prevalencia en la necesidad de especialidades como; oftalmología, ortopedia, cirugía general y urología, mientras que no registran demanda de servicios en especialidades como Odontología, Cirugía Bucodentomaxilar y registran una demanda mínima en Dermatología, cirugía Cardiovascular, Oncología Médica y Gastroenterología, entre otras.



Gráfico 10: Cantidad de hombres en lista de espera según especialidad y grupo etario, Lista de Espera marzo 2020, CCSS.

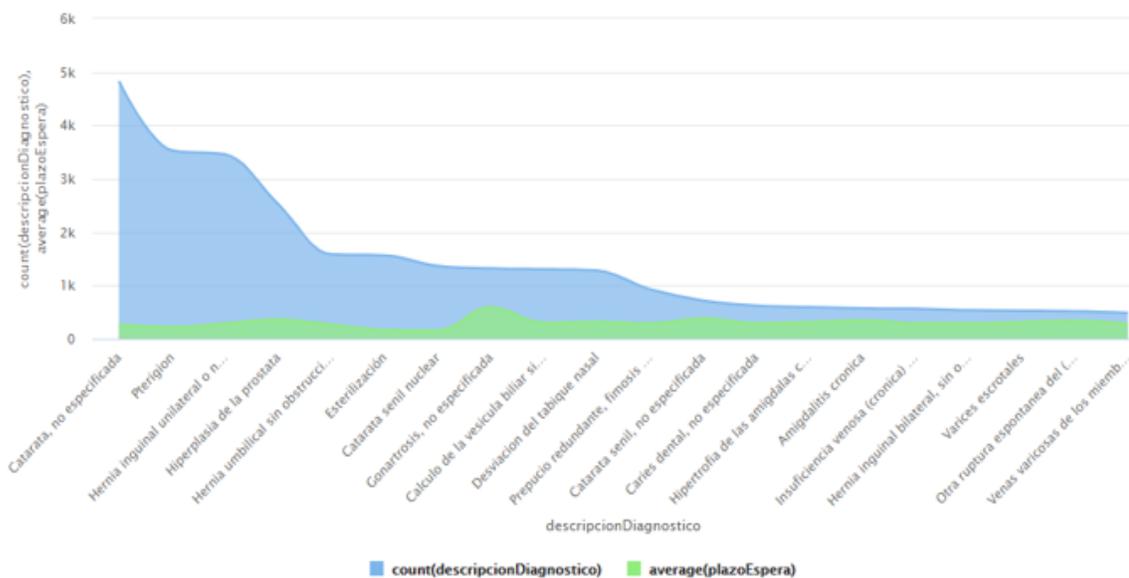


Fuente: Unidad Técnica Listas de Espera.

Debido a la cantidad de pacientes, según diagnóstico con el cual se registró en la lista de espera quirúrgica la “Catarata no especificada”, es la patología de mayor frecuencia con 4 828 personas y una espera promedio de 266 días, seguida del “Pterigión” que ha sido diagnosticado en 3 530 oportunidades, asimismo, su plazo de espera promedio es de 221 días.

Por otro lado, las patologías de “Gonartrosis” y “Catarata Senil” registran plazos promedios de espera de 592 y 380 días, respectivamente.

Gráfico 11: Top 20 de diagnósticos que afectan a la población masculina agrupado por cantidad de pacientes y plazo de espera, Lista de Espera marzo 2020, CCSS.



Fuente: Unidad Técnica Listas de Espera.

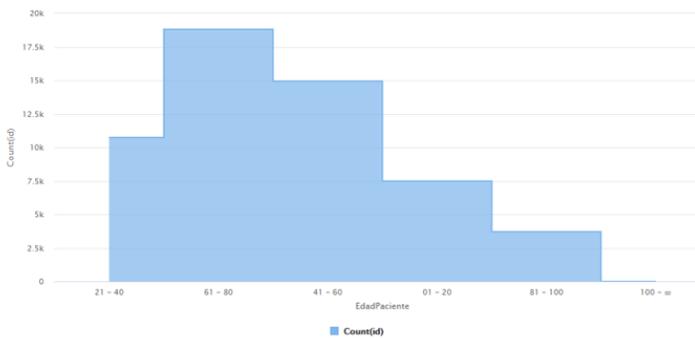


Es importante contrastar los datos obtenidos respecto a las patologías que afectan a la población femenina y masculina, siendo que, si bien existen diagnósticos congruentes para ambos géneros, los mismos, salvo la “Catarata no especificada” tienen una prevalencia distinta.

Por ejemplo, el “Pterigión” se posiciona como el segundo diagnóstico de mayor relevancia en los hombres, pero en las mujeres esa posición es ocupada por la “Esterilización”, y el pterigión ocupa la cuarta posición, asimismo, existen diferencias en algunos diagnósticos. Lo anterior debe ser considerado por la administración a efectos de poder establecer estrategias sobre el abordaje de la lista de espera y la asignación de recursos para su disminución.

La distribución de los pacientes que conforman la lista de espera, según grupo etario, permite visualizar que el 44% de la población que requiere de una intervención quirúrgica están en una edad productiva (entre 21 y 60 años), asimismo, los adultos mayores (grupo etario entre los 61 y 80 años) son los que presentan mayor prevalencia en la lista, ya que, esa población representa el 33% de los hombres que aguardan por una cirugía.

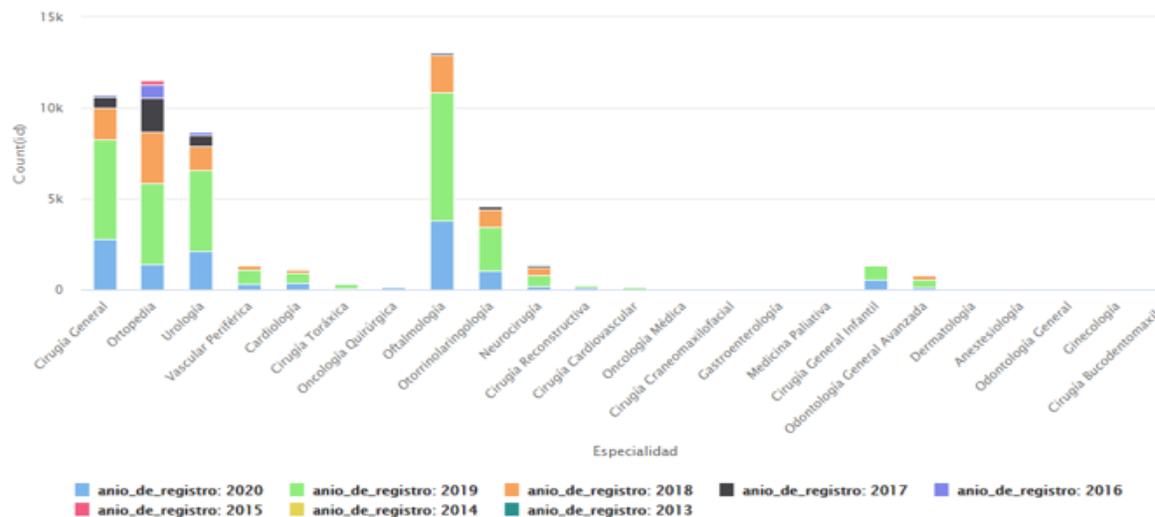
Gráfico 12: Cantidad de hombres según grupo etario que conforman la lista de espera quirúrgica, Lista de Espera marzo 2020, CCSS.



Cabe denotar que, al contrastar estos datos con los obtenidos, como resultado del análisis de la población femenina, se evidencia que el porcentaje de afectación de la población laboralmente activa es inferior en un 11%, asimismo, que el grupo etario de mayor afectación en su salud, para los hombres, son los adultos mayores, mientras que en la población femenina es la población adulta joven.

Finalmente 2 pacientes esperan desde el 2013 para ser operados, siendo que dichos usuarios forman parte de la lista de espera de ortopedia y cirugía general, además, la principal demanda registrada en la lista sujeta de análisis se consigna para los años 2018, 2019 y 2020, periodos en los cuales se registraron 10 180, 27 594 y 12 947 pacientes respectivamente.

Gráfico 13: Cantidad de hombres por especialidad y año en la lista de espera, Lista de Espera marzo 2020, CCSS.



Fuente: Unidad Técnica Listas de Espera

Lista de Espera por Establecimiento de Salud.

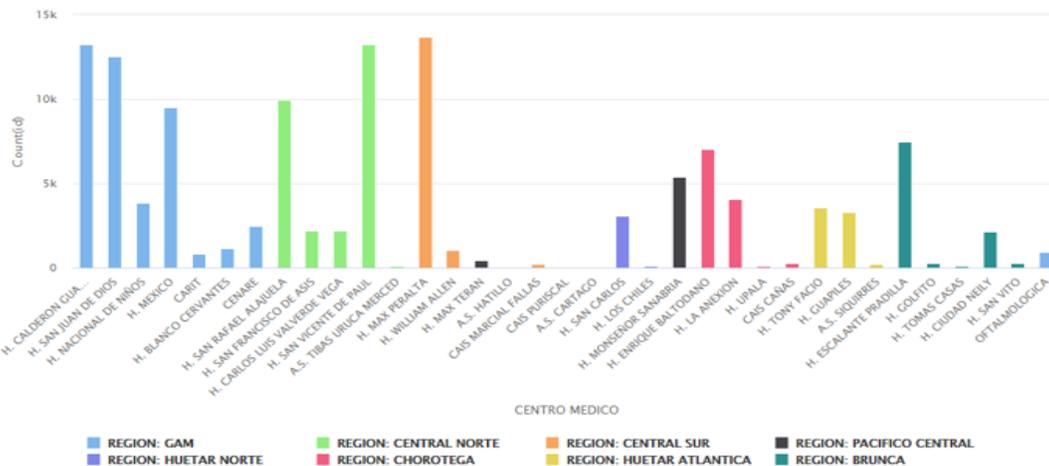
En el presente apartado, se pretende efectuar una descripción estadística de diferentes datos relacionada con la lista de espera de los establecimientos de salud.

Para los efectos correspondientes, es importante mencionar que el Hospital Max Peralta es el establecimiento de salud que registra 13 672 pacientes en lista de espera, lo cual lo posiciona como el establecimiento médico con mayor lista de espera, incluso, superando a los Hospitales Nacionales.

El Hospital San Vicente de Paul, recientemente clasificado como Hospital Regional, dispone en sus registros de 13 242 usuarios, a la espera de una intervención quirúrgica, siendo este establecimiento tiene la misma cantidad de pacientes en espera que el Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia, además supera a los Hospitales San Juan de Dios y México en la cantidad de usuarios que aguardan por una cirugía.

Finalmente, los Hospitales San Juan de Dios, México y San Rafael de Alajuela, se posicionan en el top 6 de los establecimientos con mayor cantidad de usuarios en lista de espera, según se observa a continuación:

Gráfico 14: Cantidad de usuarios en lista de espera según establecimiento de salud, Lista de Espera marzo 2020, CCSS.



Fuente: Unidad Técnica Listas de Espera

Cabe señalar, que los 6 establecimientos con mayor lista de espera concentran 72 161 usuarios del total de la lista de espera nacional, es decir, en esos hospitales se refleja el 58% de la población que aguarda por una cirugía.

Como se puede observar, la lista de espera quirúrgica dispone de diferentes aristas, cada una de ellas con particularidades que podrían dificultar un abordaje granular de la misma, no obstante, al efectuar la exploración de los datos se han evidenciado elementos comunes en todas las aristas, como por ejemplo; grupos etarios de mayor afectación, especialidades, diagnósticos y plazos de espera.

Esos elementos deben ser monitoreados a efectos de diseñar una estrategia institucional que permita un abordaje universal de la Lista de Espera. Este tipo de abordaje debe considerar la definición, obtención, asignación, distribución y control de recursos.

Es importante efectuar un monitoreo específico sobre las especialidades de Oftalmología, Ortopedia, Cirugía General, Urología y Ginecología, siendo que este análisis ha evidenciado que las mismas se posicionan como las más



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL

Auditoría Interna

Teléfono: 25390821 ext. 7468

Correo electrónico: auditoria_interna@ccss.sa.cr

demandadas por la población, esto con el propósito de poder identificar comportamientos atípicos y poder gestionar lo correspondiente de forma oportuna.

Finalmente, llama la atención la situación de los hospitales Max Peralta y San Vicente de Paul, centros que igualan y superan la lista de espera de los Hospitales Nacionales, por lo que, la gerencia debe prestar especial atención a esos establecimientos, lo anterior con el propósito de identificar las causas reales (administrativas, técnicas y médicas) de la situación evidenciada y de esta manera poder determinar la necesidad de establecer acciones inmediatas en la gestión técnica y administrativa en esos establecimientos.

Jornadas de Producción Quirúrgica

La Gerencia Médica de la CCSS ha definido como su estrategia principal para el abordaje de la lista de espera en el corto plazo, la realización de las Jornadas de Producción Quirúrgica.

Esta Auditoría procedió a efectuar consultas a la base de datos del sistema de presupuesto, con la finalidad de establecer el gasto registrado a la partida 2043 “Programa de Atención Oportuna”, a la cual se cargan los montos erogados por conceptos de Jornadas de Producción. Según la consulta efectuada entre enero 2018 y abril 2020 se han erogado ₡ 22,859,291,969.67 (veintidós mil ochocientos cincuenta y nueve millones doscientos noventa y un mil novecientos sesenta y nueve con 67/100).

Cabe señalar que durante los años analizados (enero 2018 - abril 2020), se realizaron 42 496 cirugías, lo cual genera un costo por cirugía promedio de ₡538 000, aproximadamente.

Tabla 1: Proyectos de Jornadas de producción quirúrgica efectuados entre los años 2018 y 2020, Caja Costarricense de Seguro Social.

NOMBRE DEL PROYECTO	AÑO	ESPECIALIDAD	CIRUGÍAS REALIZADAS
Jornadas de Vesícula, Hernia Ventral y Cx Bariátrica	2018	Cirugía General	2186
Jornadas Histerectomías, laparoscopias, pólipos endometriales,	2018	Ginecología	1400
Jornadas Esterilización	2018	Obstetricia	569
Atención de Cataratas, Pterigión y retinas	2018	Oftalmología	3126
Cáncer de mama, cáncer de tiroides	2018	Oncología	129
Jornadas Artroscopia de rodilla, túneles cárpales	2018	Ortopedia	5149
Jornadas RTU, incontinencia, varicoceles, hiperplasias de próstata	2018	Urología	284
Jornadas de craneopatías, hernias de disco	2018	Neurocirugía	290
Jornadas de Cateterismo	2018	Cardiología	968
Jornadas Varicectomías, safenectomías	2018	Vascular Periférico	583
Jornadas de Vesícula, Hernia Ventral y Cx Bariátrica, Hernias	2019	Cirugía General	5497
Jornadas Histerectomías, laparoscopias, pólipos endometriales, OTB	2019	Ginecología	1437
Jornadas Cataratas, Pterigión	2019	Oftalmología	3082
Jornadas Cataratas, Pterigión y retinas (Plan Visual CLOF)	2019	Oftalmología	7046
Cáncer de mama, cáncer de tiroides	2019	Oncología	129
Jornadas Artroscopia de Rodilla y Hombro, Reemplazos, Cx menor, Retiro de material	2019	Ortopedia	3323
Jornadas RTU, Varicoceles, Esterilización	2019	Urología	1937
Jornadas de Cx Columna, Instrumentaciones, Hernias Disco	2019	Neurocirugía	472



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL

Auditoría Interna

Teléfono: 25390821 ext. 7468

Correo electrónico: auditoria_interna@ccss.sa.cr

Jornadas de Cateterismo	2019	Cardiología	297
Jornadas Varicectomías, safenectomías	2019	Vascular Periférico	378
Jornadas de Hernioplastias, criptorquidias, fimosis, hidroceles	2019	Cx Pediátrica	143
Plastias de cicatriz, reconstrucciones de pabellón, plastias de labios	2019	Cx Reconstructiva	123
Jornadas de Amigdalectomías, Septumplastías	2019	Otorrinolaringología	852
Jornadas de Vesícula, Hernia Ventral y Cx Bariátrica, Hernias	2020	Cirugía General	540
Jornadas Histerectomías, laparoscopias, pólipos endometriales, OTB	2020	Ginecología	383
Jornadas Cataratas, Pterigión	2020	Oftalmología	845
Jornadas Retinas	2020	Oftalmología	58
Jornadas Artroscopia de Rodilla y Hombro, Reemplazos, Cx menor, Retiro de material	2020	Ortopedia	423
Jornadas RTU, Varicoceles, Esterilización	2020	Urología	395
Jornadas de Cx Columna, Instrumentaciones, Hernias Disco	2020	Neurocirugía	44
Jornadas de Cateterismo	2020	Cardiología	111
Jornadas Varicestomias, safenectomías	2020	Vascular Periférico	20
Jornadas de Hernioplastias, criptorquidias, fimosis, hidroceles	2020	Cx Pediátrica	98
Plastias de cicatriz, reconstrucciones de pabellón, plastias de labios	2020	Cx Reconstructiva	11
Jornadas de Amigdalectomías, Septumplastías	2020	Otorrinolaringología	168
Total, de Cirugías Realizadas		42496	

Fuente: Unidad Técnica Listas de Espera

Si bien es cierto se han realizado 115 proyectos por especialidad, para jornadas de producción, esta Auditoría identificó que las especialidades de Cirugía General y Ortopedia son las que registran mayor inversión de recursos, no obstante, el análisis de esos datos evidencia que la ejecución de esta estrategia no está asociada a un plan nacional para abordar de forma integral la lista de espera.

Lo anterior se concluye al considerar que de dichas jornadas de producción, únicamente 19 de los 27 establecimientos médicos que disponen de Lista de Espera, se han reforzado temporalmente para impactar en el volumen y tiempo de espera promedio, de cada establecimiento y por ende en la lista nacional.

Tabla 2: Jornadas de Producción Quirúrgica realizadas entre los años 2018, 2019 y 2020 en los Hospitales, Áreas de Salud y CAIS de la Caja Costarricense de Seguro Social.

Establecimiento de Salud	Cirugía General			Neurocirugía			Obstetricia			Ginecología			Cardiología			Vascular periférica			Ortopedia			Urología			Oncología			Oftalmología			Cx Pediátrica			Reconstrucción			Otorrinolaringología			Totales
	2018	2019	2020	2018	2019	2020	2018	2019	2020	2018	2019	2020	2018	2019	2020	2018	2019	2020	2018	2019	2020	2018	2019	2020	2018	2019	2020	2018	2019	2020	2018	2019	2020	2018	2019	2020	2018	2019	2020	
Hospital Méico	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	12
Hospital Calderón Guardia	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	8
Hospital San Juan de Dios	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	10
Hospital Nacional de Niños	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	1	0	8
Hospital La Anesión	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3
Briseño	0	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	1	0	0	0	0	0	1	15
Hospital San Carlos	0	1	1	0	1	1	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	11
Hospital San Rafael de Alajuela	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3
Hospital San Vicente de Paul	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4
Hospital Mas Peralta	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3
Hospital Monseñor Sanabria	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5
Hospital Tony Facio	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Hospital Guapiles	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2
Hospital William Allen	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3
Hospital Ciudad Nelly	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
AS Coronado	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
AS Mora Palmichal	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
AS Clorito Picado	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
CASI Cañas	0	1	1	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	6
CASI Desamparados	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
CEYAME	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4
CL Oftalmológica	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3
Hospital Escalante Pradilla	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	5
Hospital San Francisco de Asis	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4
Total por Año	2	16	6	1	6	3	1	0	0	0	1	5	3	3	0	0	0	0	0	2	3	0	1	13	6	2	11	5	1	1	0	1	6	4	0	1	1	0	5	115
Total por Especialidad	24	6	10	3	1	1	9	3	3	3	0	6	3	0	20	6	10	2	2	11	5	1	0	11	4	0	2	11	0	2	2	1	1	0	0	7	115			

Fuente: Unidad Técnica Listas de Espera



Adicionalmente, y a efectos de analizar el impacto de esas jornadas de producción en la lista de espera nacional, se procedió a seleccionar la especialidad de Oftalmología, ya que, dicha especialidad se ha abordado en diferentes oportunidades mediante esta estrategia, asimismo, es importante mencionar que las Jornadas de producción efectuadas en la Clínica Oftalmológica tienen un alcance nacional, lo cual posiciona esta especialidad como un caso de estudio que podría representar el impacto de esta estrategia en los tiempos de espera y en el volumen de la lista.

Como se ha demostrado en la tabla 2, la especialidad de oftalmología ha tenido jornadas de producción durante 3 años seguidos, lo cual ha representado un gasto estimado de ₡3,872,536,335.18 (tres mil ochocientos setenta y dos millones quinientos treinta y seis mil trescientos treinta y cinco colones con 18/100), donde, según datos de la Unidad Técnica de Listas de Espera se efectuaron 13 254 intervenciones quirúrgicas de patologías asociados a cataratas, pterigión y retinopatías, esto durante los años 2018, 2019 y 2020.

Para enero 2018, la lista de espera de oftalmología estaba conformada por 25 414 personas, las cuales debían aguardar (en ese momento) 279 días en promedio. El comportamiento histórico de ingresos y egresos, permite determinar que dicha especialidad tiene una inclusión media de personas de 2 590, y una resolución media de 2 660, pacientes.

Con base en esos datos, en el transcurso del tiempo la cantidad de personas se ha visto incrementada, esto pese a la elaboración de las Jornadas de Producción efectuadas durante esos años, es decir, si bien se aplican esa estrategia a nivel nacional ese esfuerzo temporal es un incremento momentáneo de la capacidad resolutive de los centros, lo cual impacta en la resolución inmediata de la lista de espera tanto en volumen como plazo de espera.

Gráfico 15: Comportamiento histórico de la Lista de Espera de Oftalmología, periodo 2018 – 2020.



Fuente: Unidad Técnica Listas de Espera

No obstante, es necesario manifestar que una vez finalizado ese esfuerzo temporal la capacidad resolutive de los establecimientos vuelve a su normalidad, la cual es insuficiente para mantener el impacto de las jornadas de producción y propicia el aumento de la cantidad de personas en la lista de espera, así como en los plazos.

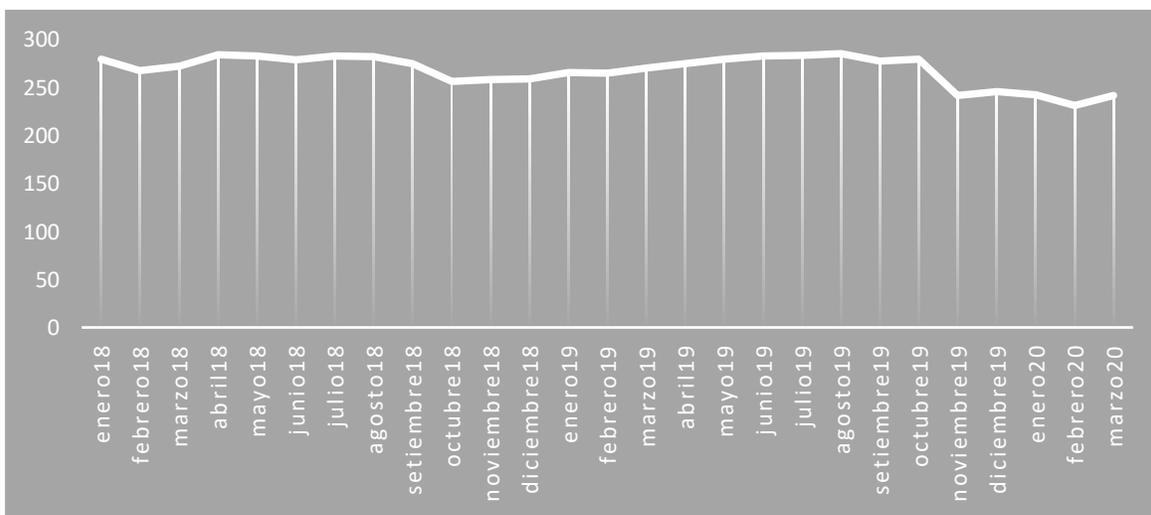
Debido a lo anterior, al final de periodo de análisis con corte a marzo 2020, la Lista de Espera de Oftalmología a nivel nacional está conformada por 28 384 personas, es decir, en volumen esa lista se vio incrementada en un 10%, lo cual afirma que las jornadas de producción son estrategias insuficientes (por sí solas) para estabilizar los ingresos y egresos de la lista de espera, es decir, que se logre equiparar la oferta y la demanda de servicios quirúrgicos para oftalmología.

Desde la perspectiva de plazos promedio de espera de los pacientes, es importante mencionar que este sufrió una reducción de un 15%, es decir, paso de 279 días en enero del 2018 a 242 días en marzo del 2020, siendo que este impacto está asociado a que las jornadas de producción se han diseñado para resolver los casos de mayor data en la lista, aspecto que lógicamente impacta en la estimación de promedios, lo anterior por cuanto se resuelven los casos frontera con mayor afectación en la estimación de esos tiempos.

Como ya se ha mencionado durante el 2018 se efectuó una Jornada de Producción Quirúrgica con un impacto a nivel nacional, siendo que al momento de finalizar con esos esfuerzos se evidencia un impacto positivo en los plazos de espera, lo cual se reduce en una disminución de los tiempos que aguardan los pacientes para una intervención quirúrgica, asimismo, al finalizar dicha Jornada de producción y siendo que la oferta de servicios se ve nuevamente superada por la demanda, los plazos de la lista de espera vuelven a incrementarse de forma sostenida, razón por la cual, nuevamente la CCSS, debe realizar una nueva jornada de producción durante el 2019, para volver a disminuir los plazos de espera.

Puntualmente, para setiembre de 2018 la lista de espera registró un plazo promedio de espera de 275 días, mismos que se disminuyeron a 257 días en octubre 2018 como resultado de la primera jornada de producción. Para agosto 2019 (10 meses después de la jornada de producción del 2018) la lista registra un plazo promedio de espera de 284 días, misma que mediante esa Jornada de Producción se disminuyó a 242 días promedio, según se muestra a continuación.

Gráfico 16: Comportamiento histórico de los plazos promedios de espera para la especialidad de Oftalmología, periodo de análisis enero 2018 – marzo 2020, Caja Costarricense de Seguro Social.



Fuente: Unidad Técnica Listas de Espera

Es importante manifestar que la OCDE en el documento “Waiting Times for Health Services NEXT IN LINE”, publicado el 28 de mayo de 2020, manifiesta lo siguiente respecto a las estrategias de incremento temporal de la oferta de servicios, como las Jornadas de Producción:

“(…) Por el lado de la oferta, solo los aumentos permanentes y sostenidos en la oferta pueden conducir a reducciones permanentes en los tiempos de espera. Las lecciones aprendidas de las políticas anteriores son que las intervenciones a corto plazo que proporcionan fondos adicionales únicos no tienen un efecto a largo plazo en los tiempos de espera (…).”



Lo anterior permite concluir que las Jornadas de Producción causan un impacto inmediato en la reducción de los plazos de espera, no así, en la demanda del servicio; también queda evidenciado que la Jornada de Producción como única opción para abordar la lista de espera quirúrgica es insuficiente, siendo que es necesario crear, definir e implementar estrategias complementarias a la jornadas de producción que permita a los centros de salud estabilizar el comportamiento de ingresos y egresos de ese listado de pacientes.

8. ATENCIÓN DE RECURSOS DE AMPARO E INCAPACIDADES

Mediante oficio GM-AOP-0474-2020, del 18 de mayo del 2020, la Dra. Marny Ramos Rivas, coordinadora general, Unidad de Listas de Espera, mencionó lo siguiente en relación con la atención de recursos de amparo, respecto a listas de espera:

“La atención de recursos de amparo sobre listas de espera, en su mayoría, son notificados por la Sala Constitucional y atendidos a nivel local, ya que por lo general el usuario interpone el mismo específicamente contra cada centro de salud, especialidad o médico tratante, si el mismo se refiere a un lugar y especialidad en específico, se solicita colaboración e informe al centro de salud indicado. Es por estas razones que no se cuenta con el dato de los gastos procesales generados institucionalmente por cada uno de los recursos de amparo a nivel nacional. Las ejecuciones de sentencia se llevan a cabo por diversos motivos, no únicamente por listas de espera por lo que la información a nivel institucional es limitada.

Sin embargo, se consulta a la Dirección Jurídica y en la página Web de la Sala Constitucional en busca de información respecto a lo solicitado; siendo que en la página Web oficial de la Sala Constitucional se logra evidenciar que del año 2018 al 2019, pese a que existe un aumento en el número de Recursos de Amparo en total, en el tema de salud hay una disminución total numeral de 255 recursos. Sin embargo, debe aclararse que dentro del rubro de salud en la página de la Sala Constitucional se engloba todo lo referente a Salud tanto institucional como privado y que no solo es específico al tema de listas de espera, si no que incluye otros temas tales como acceso a medicamentos, entre otros.

Tabla 3 Comparación de Recursos de Amparo Totales y de Salud en años 2018 y 2019

Año	Total Recursos de Amparo	Recursos de Amparo de Salud	Recursos Votados
2018	19 816	7 037	7 037
2019	24 187	6 782	6 782

Fuente: Oficio GM-AOP-0474-2020, del 18 de mayo del 2020, suscrito por la Dra. Marny Ramos Rivas, coordinadora general, Unidad de Listas de Espera.

Además, al realizar la consulta a la Dirección Jurídica acerca del tema, se nos indica que no existe un monto exacto que se maneje a nivel de la Caja Costarricense de Seguro Social respecto a Recursos de Amparo debidos a Listas de Espera, por lo que se tendría que iniciar una recolección de datos con cada área de salud o hospital para iniciar un estudio de lo que se gasta solo en resolución de Recursos de Amparo de pacientes que se encuentran en listas de espera.

A lo anterior hay que tomar en cuenta no solo los gastos procesales y legales, si no los que gasta cada Hospital, Clínica o Área de Salud cuando se falla a favor del paciente y se requiere adelantar consultas de especialistas, procedimientos, cirugías; realizar los exámenes complementarios requeridos por el paciente los exámenes de laboratorio y gabinete que esto conlleva y conseguir o comprar los insumos de la cirugía si es necesario”.

Así mismo, en relación con el tema de incapacidades la Dra. Marny Ramos Rivas, mencionó en el citado documento:

“... se concluye que para lograr la información del tiempo de incapacidad de los pacientes que se encuentran en lista de espera y pendientes de resolución se debe realizar un proceso detallado en donde se tome en cuenta diferentes variables, por ejemplo:



Que el usuario se encuentre en la lista de espera registrada en ARCA o SIAC.

La patología o patologías por las que está en la lista (no necesariamente coinciden con la causa de incapacidad o diagnóstico por CIE-10).

Depurar las boletas de incapacidad relacionada con las patologías agudas o no relacionadas a la patología por la que se encuentra en la lista de espera.

Siendo que para lograr generar esta información el Área de Estadística en Salud tendría que contar con un proceso o rutina interrelacionado que permita cruzar dicha información o ingresarla por parte del médico tratante, para determinar cuántos días se ha encontrado incapacitado por la **patología por la que se encuentra en lista de espera o alguna de sus complicaciones**, excluyendo otras patologías; se tendría que contar con las herramientas y el personal con el conocimiento necesario ya que tanto el listado de incapacidades prolongadas como el de lista de espera es muy extenso.

Al respecto se realiza por medio de correo electrónico consulta a la Dra. Ana Lorena Mora Carrión, Coordinadora de Incapacidades Nivel Central, respecto a la posibilidad de extraer esta información para nuestra unidad. Así en correo con fecha 05 de marzo de 2020, que se en anexos carpeta Incapacidades, la Dra. Mora Carrión, refiere: "(...) Le comento que desde la Comisión Central habíamos iniciado un proceso de revisión y depuración de pacientes con incapacidades prolongadas que son atendidos en los centros cuyas Comisiones Locales dependen directamente de la Comisión Central (hospitales nacionales y centros especializados), con la finalidad de solicitarles posteriormente a la Unidad Técnica de Listas de Espera, que nos cruzaran la información para establecer estrategias conjuntas en los casos en que las incapacidades estuvieran asociadas a un procedimiento quirúrgico pendiente. Siendo que ustedes van a realizar dicha revisión, y que cuentan para lo mismo con el apoyo de estadística, no vamos a continuarla revisión y depurando del listado que habíamos iniciado; y me pongo más bien a disposición, para que una vez que se cuente con los datos requeridos, valoremos las estrategias a realizar, siendo que, efectivamente, revisiones preliminares nos sugieren que en una gran cantidad de los pacientes con incapacidades prolongadas, las mismas se deben a enfermedades o patologías que requieren de una cirugía.

De esta manera, se realizan las coordinaciones respectivas con el Departamento de Estadística para la depuración de la información y se traslada el listado con 2492 pacientes con incapacidades prolongadas no depurado que envió la Dra. Mora Carrión, para que sea este servicio, quien cuenta con la información, quien realice la depuración y calculo solicitado en este punto, sin embargo, al terminar este documento y debido a la Emergencia Nacional por Covid-19 no se cuenta aún con respuesta".

La problemática de la lista de espera es tan amplia y multifactorial, que demanda la necesidad de una resolución pronta y cumplida, a fin de resolver la salud de los pacientes, es por ello que de acuerdo con el principio de legalidad y garantías constitucionales, estos hacen uso de sus facultades para reclamar ante la Sala Constitucional su atención, a fin de prever un menoscabo mayor en su salud, de ahí que en la mayoría de los casos la Sala señala a las autoridades institucionales solventar la situación del amparado, lo cual a su vez conlleva un perjuicio en costas que la CCSS debe de indemnizar, aspecto que encarece más el servicio. De lo anterior es importante que, a nivel institucional, se incorporen sistemas de información que garanticen la toma de decisiones, respecto a las unidades a las cuales se les ha remitido más recursos de amparo, así como: motivo, señalamiento de costas y estado del paciente, aspecto medular en lo que corresponde al proceso de gestión y oportunidad para la atención.

Otro de los aspectos medulares, es el número de incapacidades que se otorgan producto de la espera para la resolución de pacientes en proceso de atención de la lista de espera, situación de suma importancia, ya que se erogan montos considerables a expensas de la no resolución oportuna para el paciente, a quien eventualmente se le podría estar afectando la condición laboral y derechos constitucionales. Por lo anterior, un análisis integral del tema podría reflejar aspectos de mejora importantes, a fin de garantizar un proceso acorde a la disponibilidad de los recursos internos, o en su defecto garantizar el proceso de atención mediante proveedores externos.



9. CONTINUIDAD DE LOS SERVICIOS

Sin duda alguna, la incursión de la pandemia causada por el Covid-19 ha tenido un impacto inmediato en la gestión de las listas de espera, siendo que, a nivel institucional la capacidad resolutive se ha disminuido para el abordaje de la emergencia sanitaria.

También es necesario notar que el Covid 19 tendrá un impacto inmediato en el incremento de los tiempos de espera, esto por la cantidad de intervenciones quirúrgicas que se dejaron de realizar, aspecto que resalta, la relevancia de que la institución disponga de planes contingenciales, a efectos de garantizar la continuidad en la prestación de servicios, disminuyendo de esta forma la afectación que los usuarios puedan percibir y el impacto en los procesos institucionales.

Para lo anterior, es importante disponer de una clara identificación de los riesgos que podrían contravenir a la ejecución normal sobre la gestión de las listas de espera. Sobre este tema la Unidad Técnica de Listas de Espera facilitó el mapa de riesgos de esa unidad, siendo que en el mismo está conformado por los siguientes riesgos:

- OP-03 Debilidades en el monitoreo, supervisión y control de las actividades (Jornadas de Producción).
- RH-02 Falta de recurso humano.
- TI-01 Fallas en los sistemas de informáticos.
- OP-08 Desabastecimiento de medicamentos, insumos, materiales y suministros.

Como se puede apreciar, el mapa de riesgos facilitado por la Unidad Técnica de Listas de Espera no considera aspectos como desastres naturales (terremotos, incendios, inundaciones, entre otros), ni las afectaciones ocasionadas por riesgos asociados a la prestación de servicios de salud como infecciones, bacterias o incluso pandemias como las vividas con el Covid 19 (actualmente), H1N1, Ébola, entre otras enfermedades y situaciones.

La adecuada identificación y monitoreo de riesgos, se constituye en un aspecto fundamental para la creación de un plan de continuidad de la prestación de servicios, de manera tal, que este aspecto coadyuve para definir las responsabilidades y estrategias por adoptar en la Unidad Técnica de Listas de Espera, ante la materialización de un riesgo en un Hospital, Región o a Nivel Nacional.

Realizadas las consideraciones anteriores, es preciso señalar que esta Auditoría, no conoce la existencia de un Plan para la gestión de la continuidad del negocio, siendo que, dicha situación motiva un proceso entrópico en el restablecimiento de los servicios afectados ante la materialización de un riesgo, situación que podría conllevar a una inadecuada utilización de los recursos institucionales.

Bajo esta premisa, es necesario que la Unidad Técnica de Listas de Espera documente las lecciones aprendidas producto la experiencia y conocimientos capitalizados ante la atención de la pandemia del Covid 19, lo anterior a efectos de disponer de información que permita orientar la elaboración de un Plan para la Gestión de la Continuidad del Negocio, comprendan el entorno institucional, identifique riesgos, elaboren estrategias de respuesta, brinden seguimiento a ese plan de continuidad e involucren el componente de la cultura organizacional en este tema.

Si bien en el contexto actual se carece de ese plan de gestión de la continuidad del negocio, es necesario que la Unidad Técnica de Listas de Espera, Área de Estadísticas en Salud y demás dependencias involucradas, definan estrategias institucionales para restablecer los servicios quirúrgicos, de consulta externa y procedimientos diagnósticos para retomar la prestación de los servicios asistenciales hacia la población, para lo cual debe garantizarse el cumplimiento estricto de los protocolos emitidos por la Gerencia Médica y Ministerio de Salud, relacionados con el Covid 19 y volver planificadamente a la “normalidad” de la prestación de los servicios médicos asistenciales.



Adicionalmente, la Auditoría Interna insta a la Gerencia Médica a dar inicio con el diseño de un Plan de Gestión de Continuidad de Negocio, en el cual se consideren los riesgos institucionales desde las perspectivas estratégicas, tácticas y operativas, se definan roles y responsabilidades, se identifiquen los procesos críticos, tiempos mínimos y máximos de interrupción, y estrategias que permitan la respuesta y adaptación institucional ante la materialización de riesgos internos o externos, para lo cual pueden utilizar como marco de referencia el estándar internacional ISO 22301 (versión agosto 2019). Cabe señalar que en este proceso se debe de considerar la gestión de las listas de espera disponibles a nivel institucional.

La Ley General de Control Interno⁵ establece que el sistema de control interno que el mismo debe de garantizar en el artículo 8, dentro del logro de sus objetivos:

- a) *Proteger y conservar el patrimonio público contra cualquier pérdida, despilfarro, uso indebido, irregularidad o acto ilegal.*
- b) *Exigir confiabilidad y oportunidad de la información.*
- c) *Garantizar eficiencia y eficacia de las operaciones.*
- d) *Cumplir con el ordenamiento jurídico y técnico”*

De conformidad con lo antes expuesto, el tema de la lista de espera es considerado como uno de los principales desafíos en el ámbito de los sistemas de salud, a pesar de que se realizan esfuerzos importantes en las unidades prestadoras de servicios. Al ser un tema de carácter multifactorial, se requiere de políticas públicas claras, de un fuerte liderazgo que logre armonizar la gestión administrativa a nivel de cada establecimiento de salud y sobre todo un trabajo en red debidamente integrado, de infraestructura adecuada y de equipamiento suficiente, así también, del apoyo de otros sectores, dentro de los cuales la ciudadanía es fundamental, en cuanto a su participación en los programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

La Caja Costarricense del Seguro Social, ha considerado este tema de alta prioridad, proponiendo acciones del más alto nivel, con diferentes estrategias y medidas de solución, a fin de controlar sus efectos. No obstante, los resultados del estudio evidencia que la demanda de servicios de salud por parte de los pacientes a sobrepasado la oferta, aspecto que ha sido sujeto de análisis y de control social, en forma sistemática y reiterada, a tal punto que los pacientes han recurrido a continuos recursos de amparo para acceder a los servicios de salud, aspecto que evidentemente genera inconvenientes a los asegurados y a las finanzas de la institución, ante las incapacidades prolongadas al esperar para ser atendidos oportunamente y el pago de costas procesales.

Ante este panorama, es fundamental que se realice un análisis continuo que considere las lecciones aprendidas producto de las iniciativas desarrolladas en el pasado, las estrategias actuales y futuras, a fin de determinar cuáles son los aspectos de importancia que influyen en el incremento de los tiempos de atención, así como la demanda de servicios. Elementos que a pesar de que la administración ha establecido acciones y mecanismos para atender la problemática, no se ha disminuido en los niveles deseados y por el contrario, cada día se incrementa agravándose la situación de los pacientes.

A raíz de lo anterior, es fundamental considerar elementos o indicadores mínimos y máximos, así como métricas de eficiencia, eficacia y economía, que brinden a la institución y a los pacientes seguridad técnica y jurídica, en cuanto a la transparencia de los procesos que se desarrollan en torno a la gestión de la Lista de Espera (Consulta Externa Especializada, Procedimientos Diagnósticos y Quirúrgica).

Es imprescindible que se generen acciones robustas a nivel de Red de Atención, a fin de incrementar la oferta con la capacidad disponible, en donde los procesos sean más eficientes y eficaces, por consiguiente, los procesos de planificación, supervisión y evaluación deben ser más rigurosos, en el tanto el abordaje de la lista de espera exige un mayor esfuerzo, a fin de mejorar con los insumos disponibles, la implementación de nuevas formas de organización, flexibilización en la gestión y fomentar un mayor impacto mediante la utilización de tecnologías, para disponer de información en tiempo real sobre los comportamientos de los tiempos de internamiento, recuperación, y programas; como hospitalización de día, cirugía ambulatoria e incorporación de proveedores externos entre otros.

⁵ Ley General de Control Interno, Artículo 8.



Esta Auditoría considera necesario fortalecer las actividades realizadas por la administración, con el fin de ejercer una labor proactiva, de supervisión y acompañamiento, que impulse la gestión y acciones en tiempo y forma, en todos los niveles para garantizar que la lista de espera no solo se disminuya en plazos, sino que se resuelva en definitiva la condición de salud para el usuario en tiempo y forma, en tal sentido, debe entenderse que por la condición de salud de algunas personas, los plazos determinan su estado a futuro y en algunos casos hasta su fallecimiento en espera para ser atendido.

Para lo anterior, es importante por parte de esta Auditoría externar el criterio indicado por la OCDE, en torno al tema de gestión administrativa y clínica de la Lista de Espera, mismo que consigna lo siguiente;

“(...) Los formuladores de políticas también pueden introducir varios enfoques complementarios y más directos en el lado de la demanda para reducir los tiempos de espera para el tratamiento electivo (como en Nueva Zelanda). En presencia de un gran exceso de demanda, las herramientas de priorización clínica que distinguen entre pacientes con diferentes beneficios para la salud y gravedad pueden mejorar el proceso de derivación y el manejo de las listas de espera. Las políticas de priorización también pueden ayudar a reasignar los tiempos de espera al garantizar que los pacientes con afecciones más graves esperen menos que aquellos con afecciones menos graves (como en Noruega) (...)”.

Es preciso indicar también, que en el marco de la pandemia sobre el Covid-19, la situación de los tiempos de espera se agravará sustancialmente, en tal sentido, se requiere de acciones proactivas, que den cuentas de nuevas políticas de salud, y sobre todo de una mayor eficiencia en el uso de los recursos disponibles. Los señalamientos realizados a la Institución son constantes y reiterativos, al indicarse la importancia de mejorar la gestión administrativa, aspecto que esta Auditoría Interna, ha informado en forma sistemática, en el sentido, que efectivamente se requiere de una mejora sustancial en tres aspectos fundamentales; fortalecer la gestión administrativa a nivel de los centros de salud, con buenas prácticas de gestión, el diseño de indicadores y fuertes sistemas de control que den cuenta que las actividades y funciones que se realizan en los centros de salud son eficientes, esto demanda la importancia de definir la capacidad instalada de los hospitales, en cuanto a los factores determinantes de la oferta, tales como las disponibilidad del recurso humano, infraestructura y equipamiento.

Aunado a lo anterior, el no disponer de indicadores de gestión suficientes y de un sistema de información que sea útil para la toma de decisiones, son factores que no permite determinar los niveles de productividad y eficiencia, aspecto que se constituye en una debilidad importante del sistema de salud, al no poder definir cuanto se puede producir con los recursos disponibles y el umbral que puede lograr, ante una lista de espera con un crecimiento continuo. En este sentido, es importante resaltar que la lista de espera puede ser conceptualizado como un efecto y como tal, lo importante radica en establecer las causas que la genera y con ello emprender acciones que permitan disminuirla a tiempos razonables, todo lo anterior para favorecer la salud de los pacientes.

Estos son indicativos importantes que reflejan, que continuar únicamente por la senda de la estrategia de las jornadas de producción quirúrgica no es el camino correcto, ante la creciente demanda de servicios de salud, y los costos que ello representa para la seguridad social. Como se dijo anteriormente, se debe determinar la capacidad instalada de cada centro de salud, cuanto puede producir con los recursos existentes, que tipo de recursos se les debe brindar a cada hospital para que sea más eficiente, un verdadero trabajo en red que esté debidamente integrado, respetar los niveles de complejidad asignados a los hospitales nacionales, especializados, regionales y periféricos, y con una fuerte inversión en el primer nivel de atención que contenga y resuelva las patologías de los pacientes.

Todo lo anterior expuesto, debe de estar fundamentado y sustentado en una eficiente gestión administrativa por parte de la Gerencia Médica, pero sobre todo que sus Direcciones de Sede y Direcciones de Redes Integradas, que ejerzan un mejor liderazgo y coordinación a nivel de red, de tal manera que las acciones estén bien integradas y que logren permear hasta las Áreas de Salud, en tal sentido esto da cuentas de la importancia de fortalecer la gestión administrativa.



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL

Auditoría Interna

Teléfono: 25390821 ext. 7468

Correo electrónico: auditoria_interna@ccss.sa.cr

De conformidad con lo anterior, se considera importante que la Gerencia General, Gerencia Médica, Unidad Técnica de lista de Espera, y Direcciones de Sede y Regionales, establezcan una ruta de trabajo, en la cual se incluyan aspectos de gestión administrativa, de definición de indicadores de productividad, de capacidad instalada, de trabajo en red, de los niveles de complejidad que debe asumir cada centro de salud, del fortalecimiento de la cirugía ambulatoria, de la urgente necesidad de inversión para fortalecer el primer y segundo nivel, de una priorización efectiva de pacientes que en este momento ante la pandemia del Covid-19 están a la espera de ser atendidos y que algunos con patologías graves como el cáncer y trasplantes y sobre todo el diseño de un procedimiento de continuidad de los servicios.

Todo lo anterior, debe estar sustentado en un eficiente sistema de información para la toma de decisiones y de rendición de cuentas, que permita evaluar la gestión de los titulares, de tal manera que se favorezca la salud de los pacientes y se mejore la gestión de los establecimientos de salud, ante los recursos limitados, de acuerdo con los principios de eficiencia, eficacia y economía.

Favor informar a este Órgano de Fiscalización de las acciones que se realicen, sin menoscabo de las labores de control y fiscalización que se continuará efectuando en torno al tema ya señalado.

Atentamente,

AUDITORIA INTERNA

Lic. Olger Sánchez Carrillo
Auditor

OSC/EAM/JGZH/LFM/ams

C. Dr. Román Macaya Hayes, Presidente Ejecutivo
Auditoría

Referencia ID 36049