

**CAJA COSTARRICENSE DEL SEGURO SOCIAL**  
**PRESIDENCIA EJECUTIVA**



Informe de seguimiento y propuesta de actualización a:  
**"Ruta para avanzar en la gestión de las  
Listas de Espera y Gestión del Recurso  
Humano"**

*Agosto, 2023.*



## CONTENIDO

Contenido.....	2
Resumen Ejecutivo .....	4
Objetivo.....	6
Metodología.....	6
Antecedentes.....	7
Hallazgos y resultados obtenidos.....	39
Conclusiones.....	97



<b>Elaborado por:</b>		<b>Unidad:</b>	
Dra. M. Verónica Quesada Espinoza		1102	
Dra. Tania Jimenez Umaña		1100	
Dra. Jenny Madrigal Quirós		1100	
Bach. Raquel Espinoza Sandí		1100	
<b>Avalado por:</b>		<b>Unidad:</b>	<b>Firma:</b>
Dra. M. Verónica Quesada Espinoza		1102	
<b>Aprobado por:</b>		<b>Unidad:</b>	<b>Firma:</b>
MSC. Marta Eugenia Esquivel Rodríguez		1102	



## RESUMEN EJECUTIVO

El concepto de "lista de espera" se entiende, en términos generales, como "la demanda que no puede ser satisfecha al momento de ser expresada". Sin embargo, adaptándolo al contexto institucional de la CCSS, se podría definir más precisamente como "aquellas personas que, al requerir atención por parte de la CCSS, no reciben una solución inmediata o en el tiempo oportuno".

La institución ha tomado medidas para enfrentar el incremento en las listas de espera, implementando proyectos y estrategias dirigidos a reducir el número de personas afectadas por esta situación. Esta es una preocupación relevante ya que el retraso en la atención de los problemas de salud puede llevar a la pérdida de funcionalidad en los pacientes, incrementar el riesgo de complicaciones derivadas de sus enfermedades o, en el peor de los casos, causar la muerte.

En la sesión N° 7552, llevada a cabo el 31 de mayo de 2001, la Junta Directiva de la Caja Costarricense del Seguro Social tomó una decisión importante para abordar el desafío de las listas de espera: la creación de una unidad especializada en gestionarlas. Desde ese momento, esta unidad se ha encargado de asignar y administrar los recursos financieros y logísticos destinados a este propósito en particular.

No obstante, los resultados a mediano y largo plazo aún no reflejan la sostenibilidad ni la eficiencia de las intervenciones realizadas hasta la fecha. Tampoco, muestran una mejoría significativa en el sistema de salud en general. En efecto, la Auditoría Interna ha señalado en repetidas ocasiones, a través de sus informes, las falencias en el manejo institucional de las listas de espera. Destacan la falta de un enfoque proactivo, estratégico y global en las iniciativas implementadas, una capacidad de respuesta enlentecida, una respuesta insuficiente para gestionar o eliminar los riesgos persistentes, ausencia de una cohesión interna y la carencia de controles eficientes que fomenten la optimización de procesos. Todo ello evidencia las limitaciones en los esfuerzos institucionales llevados a cabo hasta ahora.

El aumento progresivo de esta problemática afecta anualmente a un creciente número de personas, deteriorando significativamente la calidad de vida de miles de asegurados. Estos desafíos nos demandan, indiscutiblemente, no sólo llevar a cabo un análisis crítico y exhaustivo sobre nuestro que hacer como institución, sino también actuar de manera decidida, responsable e inmediata. Debemos asumir la responsabilidad de abordar esta situación con la seriedad que merece, satisfaciendo así nuestras obligaciones hacia la población y honrando los mandatos establecidos.



Ante este escenario, la Junta Directiva, reconociendo la necesidad de una intervención activa, ha conformado la Comisión de Salud. Esta comisión tiene el mandato de realizar un análisis estratégico que aborde tanto la gestión de las listas de espera como la de los médicos especialistas. Como resultado de este esfuerzo, el 11 de mayo de 2023, durante la sesión 9333, se aprobó la Hoja de Ruta para avanzar en la gestión de listas de espera y en la administración del recurso humano especializado en Salud.

La reciente propuesta adopta un enfoque holístico y estratégico, sostenido por tres pilares fundamentales que unifican los esfuerzos de la institución para abordar esta creciente problemática en plazos cortos, medianos y largos:

1. Intervención de unidades estratégicas que han formado parte de los procesos de gestión de las listas de espera y de los recursos existentes (sesión 9333 y 9335 de JD)
2. Declaratoria de Emergencia Institucional para el abordaje y atención de las listas de espera, con base en los principios de oportunidad, urgencia y justicia. (Sesión 9337 de JD)
3. Reforzamiento de los métodos de fiscalización y la aplicación estricta y oportuna de los mecanismos de control interno. (Sesión N 9333 de JD)

Esta Administración, en su deber de monitorear las resoluciones adoptadas y gracias a la implementación temprana de controles, presenta este informe. En él, se ilustran los avances iniciales derivados del escrutinio de la data recopilada, proporcionando así dirección para futuras decisiones y posibles ajustes a la Hoja de Ruta ratificada.

De esta manera, el informe no solo sirve como herramienta de referencia para decisiones estratégicas, sino que también fortalece de forma coordinada las intervenciones realizadas por diversas entidades, de acuerdo con sus roles y deberes específicos. La meta es, ante todo, mantener el firme compromiso de ofrecer soluciones equitativas, adecuadas y ágiles, a aquellos que ya han sufrido repercusiones en su bienestar, dignidad, salud y calidad de vida. Al mismo tiempo, no debemos perder de vista la necesidad de corregir los problemas estructurales que subyacen y que, de no ser atendidos, perpetuarán los desafíos históricos que enfrentan nuestros ciudadanos.



## OBJETIVO

Verificar el cumplimiento oportuno de “La hoja de Ruta para avanzar en la gestión de las Listas de Espera y gestión del Recurso Especializado en Salud”, aprobada por la Junta Directiva, en el artículo 5 de la sesión N° 9333, celebrada el 11 de mayo del 2023. Así como determinar, la efectividad de esta y el resto de las medidas tomadas ante la problemática creciente que presentan las listas de espera en la Caja Costarricense de Seguro Social.

## METODOLOGÍA

Para llevar a cabo el control pertinente, se adoptó la siguiente metodología basada en la revisión documental y análisis detallado de la información:

- **Acuerdos de la Junta Directiva:** Se consideraron los acuerdos relacionados con las Listas de Espera desde el año 2001.
- **Informes de Auditoría Interna:** Se analizaron los informes correspondientes a las Listas de Espera a partir del año 2020.
- **Consultas Directas:** Se realizaron solicitudes formales a través de oficios dirigidos a las unidades pertinentes para obtener información específica.
- **Resoluciones Judiciales:** Se revisaron las decisiones emitidas por la Sala Constitucional en relación con el tema.
- **Solicitud de información a entes técnicos:** Gerencia Medica: Unidad Técnica de listas de espera y Area Estadísticas en Salud.
- **Solicitud de información a Establecimientos de Salud:** Numero de quirófanos salas compleja y de baja complejidad, numero de anestesiólogos y numero de radiólogos.



## ANTECEDENTES

Las listas de espera en sistemas de salud ya sean públicos o mixtos, son una realidad global, y presentan desafíos significativos, particularmente para los países en desarrollo. En nuestro país, este problema ha alcanzado una magnitud crítica, convirtiéndose en un asunto histórico.

La Caja Costarricense de Seguro Social, como parte de sus obligaciones prestatarias en servicios públicos en salud, otorgadas por mandato Constitucional; según lo contemplado en los artículos número 11, 21 y 33 y 50 de la Constitución Política que indican que,

*"Artículo 11.- Los funcionarios públicos son simples depositarios de la autoridad. Están obligados a cumplir los deberes que la ley les impone y no pueden arrogarse facultades no concedidas en ella. Deben prestar juramento de observar y cumplir esta Constitución y las leyes. La acción para exigirles la responsabilidad penal por sus actos es pública. La Administración Pública en sentido amplio, estará sometida a un procedimiento de evaluación de resultados y rendición de cuentas, con la consecuente responsabilidad personal para los funcionarios en el cumplimiento de sus deberes. La ley señalará los medios para que este control de resultados y rendición de cuentas opere como un sistema que cubra todas las instituciones públicas." (Así reformado por el artículo único de la Ley N° 8003 del 8 de junio del 2000)*

*Artículo 21. La vida humana es inviolable.*

*Artículo 33.—Toda persona es igual ante la ley y no podrá practicarse discriminación alguna contraria a la dignidad humana. (Así reformado por el artículo 1º de la Ley N° 7880 de 27 de mayo de 1999).*

*Artículo 50.—El Estado procurará el mayor bienestar a todos los habitantes del país, organizando y estimulando la producción y el más adecuado reparto de la riqueza. Toda persona tiene derecho a un ambiente sano y ecológicamente equilibrado. Por ello, está legitimada para denunciar los actos que infrinjan ese derecho y para reclamar la reparación del daño causado. El Estado garantizará, defenderá y preservará ese derecho. La ley determinará las responsabilidades y las sanciones correspondientes. (Así reformado por el artículo 1º de la Ley N° 7412 de 3 de junio de 1994)"*



Lleva consigo la responsabilidad, de administrar eficientemente los recursos públicos en función de brindar bienestar, salud y dignidad a los habitantes del territorio costarricense.

Así como, de tomar decisiones que garanticen el cumplimiento de los principios fundamentales. En concordancia adicionalmente, con lo señalado en la Ley de Administración Pública que indica que:

*“Artículo 4º.-La actividad de los entes públicos deberá estar sujeta en su conjunto a los principios fundamentales del servicio público, para asegurar su continuidad, su eficiencia, su adaptación a todo cambio en el régimen legal o en la necesidad social que satisfacen y la igualdad en el trato de los destinatarios, usuarios o beneficiarios.*

*Artículo 5.- 1.- La aplicación de los principios fundamentales del servicio público a la actividad de los entes públicos no podrá alterar sus contratos ni violar los derechos adquiridos con base en los mismos, salvo razones de urgente necesidad. 2.- En esta última hipótesis el ente p Artículo 8º.-El ordenamiento administrativo se entenderá integrado por las normas no escritas necesarias para garantizar un equilibrio entre la eficiencia de la Administración y la dignidad, la libertad y los otros derechos fundamentales del individuo*

*Artículo 10.- 1. La norma administrativa deberá ser interpretada en la forma que mejor garantice la realización del fin público a que se dirige, dentro del respeto debido a los derechos e intereses del particular. 2. Deberá interpretarse e integrarse tomando en cuenta las otras normas conexas y la naturaleza y valor de la conducta y hechos a que se refiere.*

*Artículo 113.- 1. El servidor público deberá desempeñar sus funciones de modo que satisfagan primordialmente el interés público, el cual será considerado como la expresión de los intereses individuales coincidentes de los administrados. 2. El interés público prevalecerá sobre el interés de la Administración Pública cuando pueda estar en conflicto. 3. En la apreciación del interés público se tendrá en cuenta, en primer lugar, los valores de seguridad jurídica y justicia para la comunidad y el individuo, a los que no puede en ningún caso anteponerse la mera conveniencia”*

Siendo menester, contemplar dentro del análisis, el marco de la Autonomía máxima con que goza la institución. Donde se torna fundamental, recalcar que dicha disposición, no solo le otorga la potestad máxima o el derecho de autoadministrarse y autodirigirse, en función de buscar el cumplimiento Constitucional; sino que, al mismo tiempo le otorga la responsabilidad que ello conlleva de alcanzar los objetivos de manera eficiente, eficaz y con un alcance universal. Tal y como lo contempla el Reglamento de Salud que señala:



*Artículo 1° De la universalidad del Seguro de Salud. De conformidad con lo que ordena el artículo 177 de la Constitución Política, el Seguro de Salud es universal y cubre a todos los habitantes del país, con sujeción a las disposiciones de este Reglamento y las que específicamente dictare en el futuro la Junta Directiva. La afiliación de quienes califiquen para ser asegurados voluntarios se fomenta para lograr la concreción del principio de universalidad.*

*Artículo 4° De la integralidad y suficiencia. El Seguro de Salud tiende a la integralidad y suficiencia, entendiéndose por ello el propósito de que las prestaciones respondan a las necesidades efectivas de la población, y que, además, sean suficientes para superar el estado que las origina.*

*Artículo 5° De la eficiencia. La eficiencia se considerará como la mejor utilización social y económica de los recursos administrativos, técnicos y financieros disponibles para que los beneficios a que da derecho el Seguro de Salud sean prestados en forma adecuada, oportuna y eficaz*

Del cual igualmente, se desprende una serie de enunciados que, desde su génesis, regula y guía su quehacer de la institución, en función de poner en marcha los diversos mecanismos existentes, que sean requeridos para cumplir con el alcance Constitucional de sus objetivos como institución:

*“Artículo 20° De la libre elección médica. La Caja puede brindar la ayuda para libre elección médica, cuando se demuestre inopia de personal o dificultades para conceder la atención en sus propias instalaciones, con sujeción al instructivo correspondiente.*

*Artículo 27° De las prestaciones en Dinero. Las prestaciones en dinero comprenden:*  
*a) Subsidios y ayudas económicas por incapacidad o por licencia. b) Ayuda económica para compra de prótesis, anteojos y aparatos ortopédicos. c) Ayuda económica para traslados y hospedajes d) Ayuda económica para gastos de funeral, en caso de fallecimiento del asegurado directo o de su cónyuge o compañero. e) Ayuda económica por concepto de libre elección médica*

*Artículo 55° De las Prestaciones Sociales. Las prestaciones sociales dentro del Seguro de Salud tienen como finalidad atender necesidades de orden social directamente relacionadas con la salud integral, y comprenden: a) Fomento de la participación social. b) Convenio de cooperación con instituciones de beneficencia pública o privada, relacionada con la atención integral de la salud. c) Derechos durante la cesantía. d) Extensión de la protección asistencial, en caso de haberse superado los plazos de conservación de derechos, y la enfermedad implique riesgos humanos. e) Pago al Seguro de Invalidez, Vejez y Muerte de las cuotas derivadas del subsidio por concepto de licencia por maternidad (Así reformado en el artículo 36° de la sesión número 8061 del 30 de mayo del año 2006)*



*Artículo 75° De los derechos de los asegurados Los asegurados tiene derecho a: a) Ser atendidos en forma oportuna, dentro de las posibilidades de la Institución, con el máximo de respeto, sin discriminación alguna, bajo una relación que destaque su condición de ser humano. b) Recibir información precisa y clara sobre la realidad de su estado de salud, así como de las implicaciones de las diferentes alternativas de tratamiento a que podría ser sometido, de tal modo que pueda adoptar la decisión que mejor se ajuste a sus deseos o a sus convicciones en forma totalmente libre y voluntaria. Este derecho incluye el de ser informado, cuando así lo solicite el paciente por cualquier medio, de la razón de toda medida diagnóstica o terapéutica que se proponga, o de cualquier prueba complementaria. Se entiende que la información debe serle suministrada en términos que él pueda entender, dependiendo de su nivel de educación o de experiencia. c) Que toda la información que genere el sistema de salud sea documentada, sin ningún tipo de exclusión o de excepción, en el expediente clínico. d) Conocer y solicitar la certificación de cualquier información de su expediente clínico. e) Que todos los informes y registros reciban trato absolutamente confidencial, salvo cuando por ley especial deba darse noticia de ellos a las autoridades sanitarias.*

*Artículo 79° De la Suscripción de Convenios. La Caja podrá suscribir convenios con instituciones de seguridad social o de atención de la salud de otros países, para la atención médica recíproca de los afiliados de uno u otro organismo, que transitoriamente se desplacen a otro país. De igual forma, podrá establecer convenios con otras entidades para la prestación o adquisición de bienes y servicios que coadyuven a la gestión institucional. Adicionalmente, queda facultada para suscribir convenios de aseguramiento y pago colectivo de cotizaciones, sea con organizaciones o grupos de trabajadores que laboren en forma independiente o bien se trate de asegurados voluntarios (Así reformado en el artículo 36° de la sesión número 8061 del 30 de mayo del año 2006)"*

Bajo este mismo principio de Autonomía Constitucional, es que desde 2001, la Junta Directiva ha avalado importantes planes de acción para afrontar la problemática de las listas de espera para ir minimizando su efecto directo sobre la salud, el bienestar y la dignidad de los asegurados. Entre los más destacados se encuentran:

## **1. CREACIÓN DE LA UNIDAD TÉCNICA DE LISTAS DE ESPERA (2001)**

En 2001, específicamente en la sesión N°7552 del 31 de mayo, la Junta Directiva de la Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS) tomó medidas para abordar este problema. Optaron por crear una unidad especializada: la Unidad Técnica de Listas de Espera, vinculada a la Gerencia Médica. Esta Unidad se rige por el Reglamento de Funcionamiento, que establece su marco de acción, propósito y competencias. Algunos artículos clave del reglamento son:



*Artículo 1°—Ámbito de aplicación. Este reglamento regirá 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. Los preceptos aquí establecidos regulan la aplicación del financiamiento institucional para el reconocimiento de los servicios extraordinarios efectuados para lograr la reducción de los plazos de espera y la prestación a los asegurados de los servicios médicos en jornada ordinaria y extraordinaria. El objeto de este Reglamento es garantizar una atención oportuna y de calidad en los servicios de salud de los establecimientos de la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS)*

*Artículo 4°—Efectos jurídicos de la firma de los acuerdos. El acuerdo a que se llegue para el apoyo en la gestión de solución de listas de espera es de carácter vinculante para ambas partes. Compromete al director del centro médico prestador de servicios a responder por los compromisos de ejecutoria de cirugía electiva, consulta externa especializada o procedimientos, según sea el caso y en los plazos que se establezcan para el cumplimiento efectivo. Asimismo, obliga al Director de la Unidad Técnica de Listas de Espera a gestionar el pago expedito por los servicios médicos respectivos y a garantizar el cumplimiento de cualquier compromiso adicional que asuma a nivel institucional, siempre que esté dentro de sus potestades.*

*Artículo 5°—Unidad Técnica de Listas de Espera. La Unidad Técnica de Listas de Espera se establece como una instancia adscrita a la Gerencia de División Médica y se conformara como unidad programática. Sin perjuicio de las competencias y deberes propios de cada centro de salud desconcentrado y de las Gerencias compradoras, la UTLE tiene como objetivos primarios los siguientes:*

- 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 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 el sistema de registro de pacientes en listas de espera de los hospitales y clínicas de la CCSS que sean incorporados a 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"*

## **2. ASIGNACIÓN Y EJECUCIÓN DEL FONDO DE UNIDAD TÉCNICA DE LISTAS DE ESPERA**

De acuerdo con el oficio GF-DP-0126-2023, titulado "Respuesta al oficio PE-0109-2023 referente a la solicitud de información presupuestaria de la Unidad Técnica de Listas de Espera", se ha evidenciado que, desde su establecimiento, el presupuesto anual destinado a esta Unidad Técnica ha ido en aumento. Para el año 2023, el monto asignado supera los 80 mil millones de colones. Sin embargo, se destaca



que, en promedio, la unidad solo ha ejecutado el 39% del presupuesto recibido anualmente, lo que significa una subejecución del 61%. Es notable mencionar que, durante el periodo de pandemia, se observó la menor ejecución presupuestaria por parte de esta unidad.

**Tabla N.1. Resumen de montos tramitados Fondo de Unidad Técnica Listas de Espera 2008-2022**  
(Montos en millones de colones)

Año	Asignación Total	Gasto	% Ejecución
2008	1,273.76	1,233.63	97%
2009	1,845.75	2,161.20	117%
2010	907.03	852.20	94%
2011	352.42	350.41	99%
2012	159.71	127.01	80%
2013	2,427.97	710.03	29%
2014	1,683.88	365.41	22%
2015	7,279.56	2,170.97	30%
2016	4,203.57	3,048.15	73%
2017	9,018.19	5,944.11	66%
2018	9,470.00	6,218.45	66%
2019	11,262.80	10,649.57	95%
2020	13,122.76	9,442.57	72%
2021	3,530.35	154.99	4%
2022	20,137.74	9,790.24	49%
<b>Total</b>	<b>86,675.47</b>	<b>53,218.95</b>	<b>61%</b>

Fuente: GF-DP-0126-2023

### **3. MODIFICACIÓN DEL REGLAMENTO PARA CONTRATACIONES EXTERNAS - SESIÓN N°7605 (3 DE DICIEMBRE DE 2002)**

Se acordó la modificación del "Reglamento para la Contratación de Servicios Médicos Especializados por Medio de Terceros", en el que se incluye una modificación del procedimiento a seguir para la declaratoria institucional de inviabilidad, como paso previo a acudir a la contratación de los servicios. Así como, la inclusión paralela del siguiente artículo al Reglamento de la Unidad de las Listas de Espera para regular el proceso de compra de servicios:

*"...Artículo 18° (...) La compra de los servicios médicos o de salud a terceros deberá, en todo caso, ser temporal, excepcional y contar con la previa*



*declaratoria de inviabilidad, de conformidad con el Reglamento de Compra de Servicios Médicos Especializados por medio de Terceros. Previamente, deberá diagnosticarse el requerimiento del servicio para resguardar, de la mejor forma, la vida o la salud de los pacientes. De inmediato, la Junta Directiva, a propuesta de la Gerencia Médica y en el menor plazo posible, deberá adoptar las medidas ejecutivas y de planificación que aseguren la prestación del servicio por parte de la institución, en condiciones de eficiencia, calidad y oportunidad..."*

#### **4. AUTORIZACIÓN PARA COMPRA DE SERVICIOS MÉDICOS A COOPESALUD - SESIÓN N°7644 (29 DE ABRIL DE 2002)**

Se acuerda por parte de la Junta Directiva autorizar a COOPESALUD R. L. como proveedor externo de la Unidad Técnica de Listas de Espera (UTLE) para servicios específicos: mamografía, gastroscopías, ultrasonido ginecológico y ultrasonido:

"...ACUERDO SEGUNDO: conocida la información presentada por el señor Gerente de la División Médica, que concuerda con los términos de la nota número 8411, de 25 de abril en curso, dentro del cual se plantea que *"La demanda institucional de estos procedimientos es muy alta, y no puede ser cubierta por los centros médicos de la red del Sistema Hospitalario de la Institución, por lo que la UTLE debe dar respuesta a esta demanda por medios externos. De acuerdo con investigación de mercado, los precios que ofrece COOPESALUD están dentro de los más bajos"*, la Junta Directiva, con base en la recomendación del doctor Ferraro Dobles y lo establecido por el artículo 1°, inciso d) del *Reglamento para la Compra de Servicios Especializados por Medio de Terceros*, acuerda autorizar a COOPESALUD R. L. como proveedor de la Unidad Técnica de Listas de Espera (UTLE), en las siguientes especialidades: mamografía, gastroscopías, ultrasonido ginecológico y ultrasonido general..."

#### **5. ESTRATEGIAS PROPUESTAS EN LA SESIÓN N° 7729 (13 DE FEBRERO DE 2003) PARA MEJORAR LA GESTIÓN DE LAS LISTAS DE ESPERA.**

Se propone una serie de estrategias para gestionar mejor los casos incluidos en las listas de espera:

- 1. Depuración Activa de Casos:** Se subraya la necesidad de una depuración activa de casos basándose en hallazgos específicos, como fallecimientos, resoluciones privadas y resoluciones previas.



2. **Priorización de Procedimientos:** Priorizar atención de procedimientos de mayor demanda: ultrasonidos, gastroscopías, TAC, cirugías pediátricas, general, ortopedia, oftalmología, vascular periférico, ORL.
3. **Citas Telefónicas:** Asignación de citas telefónicas “mediante la línea telefónica 800-800-2277 (800-800-CCSS)”.
4. **Adopción de Cirugía Ambulatoria:** Se propone adoptar la modalidad de cirugía ambulatoria como una solución de menor complejidad y costo menor al diferenciar los casos que no requieren de hospitalización.
5. **Responsabilidad de Centros de Salud:** Se le otorga la responsabilidad a cada de centro de atender sus propias las listas de espera y señala los problemas de gestión como una causa que incide de manera importante sobre el comportamiento de las listas.
6. **Plan 2003-2004 (Jornada vespertina):** Se presenta el plan 2003-2004, caracterizado por una propuesta de capacitación, de construcción de procedimientos, requisitos y controles que deben de incluirse dentro de la solicitud de tiempo extraordinario para su aprobación.
7. **Riesgos y Análisis de Producción:** Se anota referente a los riesgos actuales, que ya desde hace 20 años se identificaban y en cuanto a una probable diferencia entre la producción ordinaria y extraordinaria, lo incluido en el acta de la sesión mencionada, que indica de manera textual:

*“... pareciera que trata de cumplir uno de los requisitos establecidos en dicho Reglamento que es la declaratoria de inviabilidad, pero según tiene entendido no es únicamente manifestar que tienen problemas de listas de espera, sino que se haga un análisis de gestión, productividad, rendimiento, capacidad de atención en la productividad -como lo señalaba don Gerardo- por qué la producción después de las 4 p.m., se duplica y no se logra eso en el transcurso de la jornada ordinaria. Entonces, cuál es ese análisis de factibilidad que se hace en el servicio en relación con el cual se va a pedir un presupuesto adicional para resolver el problema de listas de espera. En ese sentido ofrece brindar la colaboración para analizar y definir los puntos que se deben de contemplar, porque la Auditoría tiene conocimiento de que en algunos casos se han ejecutado este tipo de actividades donde no se cumple ese requisito. Considera que la Dirección del Hospital está asumiendo una responsabilidad muy grande porque la Junta Directiva dispuso hacer esta*



*declaratoria o este análisis para demostrar que efectivamente no es posible sacar las citas con los recursos disponibles..."*

**6. ARTÍCULO 9° DE LA SESIÓN N°8208, CELEBRADA POR LA JUNTA DIRECTIVA DE LA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL EL DÍA 06 DE DICIEMBRE DEL AÑO 2007:**

*"ARTICULO 9°*

*Por tanto, teniendo a la vista la nota del 13 de noviembre en curso, número 50426-8, conocida la información presentada por la señora Gerente de la División Médica, con base en su recomendación y las consideraciones precedentes, la Junta Directiva ACUERDA:*

*ACUERDO PRIMERO: aprobar el Sistema de Pago para Cirugía Vespertina, en los siguientes términos:*

**SISTEMA DE PAGO PARA CIRUGIA VESPERTINA POLÍTICA**

*La Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), con el propósito de dar cobertura pronta y eficaz a las listas de espera en cirugías y, mientras perdure la inopia de médicos anestesiólogos y de otras especialidades, establecerá el "Sistema de Pago por Cirugías Vespertinas", las cuales serán realizadas por un equipo de trabajo integrado por especialistas en Cirugía y en Anestesiología, la enfermera profesional, la auxiliar de enfermería (circulante), el auxiliar de quirófano y algún otro funcionario (según se estime necesario), para que exclusivamente se atiendan listas de espera en horario vespertino como una opción a los modelos ya existentes, para garantizar una atención oportuna y de calidad a sus asegurados.*

*Definición de cirugía vespertina:*

*Se entiende por cirugía vespertina la labor que realiza un equipo quirúrgico y funcionarios de apoyo, fuera de su jornada ordinaria de trabajo, para solventar específicamente los problemas de listas de espera. Para tal efecto la Gerencia de la División Médica presenta el presente proyecto a la Junta Directiva para su aprobación.*

*La cirugía vespertina se prestará en los días que previamente se señale en cada centro y siempre será de lunes a viernes de 4 p.m. a 10 p.m., de acuerdo con la respectiva programación y posterior al estricto cumplimiento de las labores programadas en el tiempo ordinario.*

*Cada centro hospitalario, a través de su dirección general, en coordinación con sus jefaturas de sección y/o servicios, definirá -conforme con las necesidades de servicio*



*de la población adscrita a dicho centro y de conformidad con la lista de espera y la urgencia del caso- las prioridades de trabajo para el respectivo equipo.*

*Este sistema de cirugías vespertinas no tendrá carácter de permanente, ya que se crea para solventar una necesidad específica (listas de espera), por un periodo inicial de seis meses a partir de la aprobación por Junta Directiva. Una vez solventada dicha necesidad y sometido a evaluación final el programa, la Junta Directiva por medio de la recomendación de la Gerencia de la División Médica de continuar o no del programa, procederá a la eliminación del presente sistema en el o los servicios quirúrgicos que se definan.*

### *1. Cirugía vespertina:*

#### *1.1. Prestación profesional del servicio:*

*El centro en que se aplique la cirugía vespertina deberá efectuarla prioritariamente con funcionarios que laboren en ese mismo centro, en casos de verdadera excepción y por circunstancias especiales también se puede efectuar las cirugías vespertinas con funcionarios de otros centros de la Caja*

*1.2 Funcionarios que no pueden hacer cirugía vespertina: Estarán inhibidos de efectuar este tipo de trabajo los siguientes funcionarios: Los funcionarios del equipo quirúrgico y de apoyo en disfrute de vacaciones, incapacidades o de permiso con o sin goce de salario. Los Jefes de sección, de servicio o de clínica podrán participar en el sistema, cuando en el centro se haga difícil el reclutamiento de profesionales en una determinada especialidad o por circunstancias y características muy especiales; a criterio de la Gerencia de la División Médica, el pago se realizará como un Médico Especialista G-2.*

### *2. La cirugía vespertina:*

*La cirugía vespertina es un régimen especial para solventar el problema de lista de espera para que la Institución pueda dar un mejor servicio que garantice la atención oportuna y de calidad a sus asegurados.*

*La producción mensual deberá ser computada por cada centro donde la Gerencia de la División Médica apruebe que se dé este servicio. La Caja, a través de la Unidad Técnica de Listas de Espera (UTLE), mensualmente evaluará la producción reportada por el centro; además, dicha Unidad consolidará la información y presentará un informe mensual a la Gerencia de la División Médica.*



*La cancelación se hará en la tercera catorcena de su reporte a la oficina de recursos humanos del centro respectivo, conforme con las fechas de cierre de planillas para estos efectos.*

### *2.1. Funciones por desempeñar en la cirugía vespertina:*

*El equipo quirúrgico deberá realizar las siguientes funciones:*

*a) Durante el período dedicado a la cirugía vespertina, eventualmente, se realizará todo tipo de procedimientos quirúrgicos, pero inicialmente se le dará prioridad a los de baja complejidad. Lo anterior basado en que en su mayoría este tipo de cirugías cumplen con los requisitos establecidos para cirugía de tipo ambulatorio, requisito ideal para este programa.*

*b) Durante el período destinado a este sistema se realizarán cirugías que se encuentren en lista espera y que debidamente han sido aprobadas por los respectivos directores médicos de los centros autorizados en coordinación con la Unidad Técnica de Listas de Espera y con los respectivos jefes de sección y de servicio, según corresponda y de acuerdo con las necesidades de cada centro asistencial.*

### *2.2. Contratación:*

*La Caja podrá contratar bajo esta modalidad, en el caso de los médicos, prioritariamente a médicos que laboren en la Institución. A estos funcionarios que laboran para la Caja se les permitirá la utilización de esta contratación después del horario de su jornada ordinaria de trabajo o cuando estén en un rol de guardias médicas, disponibilidad o tiempo extraordinario, siempre y cuando éstas no se superpongan.*

*A los funcionarios que laboran en otros centros hospitalarios diferentes al que sirve de sede para la realización del programa, deberán presentar certificación de su horario de trabajo extendida por la oficina de recursos humanos.*

### *2.3 Contratación médicos que no laboran para la CCSS:*

*Para aquellos médicos especialistas que no laboran para la Institución, su contratación se podrá hacer según lo dispuesto por Junta Directiva en el artículo 5º de la sesión N°8138 del 8 de marzo del año 2007, referente a la inopia de especialistas.*



*De acuerdo con lo anterior y en casos muy excepcionales, con el criterio y autorización de la Gerencia de la División Médica, se podrán contratar médicos que no trabajen para la Caja y cuyas especialidades no haya sido posible tener disponibles para el Sistema de Cirugías Vespertina, dentro de la Institución.*

*Los pagos se realizarán de acuerdo con los términos de la contratación, contra cirugías realizadas en el mes laborado, debiendo el contratista efectuar los cobros por medio de la presentación de facturas especiales ante la administración del hospital, quien procederá conforme con lo establecido.*

*Para el trámite de pago, el contratista deberá presentar el formulario denominado "Factura de cobro a la CCSS y debe adjuntar a ésta la factura comercial del contratista y el informe de número de cirugías realizadas.*

*La administración y dirección médica del hospital revisarán el contenido de la facturación y autorizarán el pago si corresponde de acuerdo con el informe de resultados.*

### *3. Forma de pago de la cirugía vespertina para funcionarios de la Caja:*

*Las especialidades médicas con fundamento en la Ley N° 6836 y el Estatuto de Servicios Médicos, han sido homologadas bajo una misma categoría salarial a todos los médicos especialistas otorgándoles el grado de G-2 del Escalafón Médico, razón por la cual el método de pago de estas cirugías no puede hacer distinciones ni diferenciados, por lo que se pagará en el caso de los médicos, según lo que establece el presente sistema.*

#### *3.1 Forma de pago del Sistema de Cirugías Vespertinas:*

*La Caja pagará un 14.25% sobre el salario total del médico especialista (G-2), por el período establecido para la realización de las cirugías, suma que pagará el tiempo empleado en la realización de las cirugías contratadas en el horario vespertino (4 p.m. a 10 p.m.) que el centro asistencial haya programado para esa fecha.*

*La Caja Costarricense de Seguro Social generará a los centros hospitalarios que ingresen al programa una modificación presupuestaria para dotar de contenido al hospital, para el pago de dicha actividad. Lo anterior se realizará en una cuenta especial que la Dirección de Presupuesto habilitará para tal fin, con el propósito de medir el costo del programa y tener mejor control presupuestario.*

#### *3.2. Pago para el resto del equipo quirúrgico y de apoyo en las cirugías vespertinas:*



*Equipo de apoyo complementario (1):  
Enfermera Profesional.  
Circulante (Aux. de Enfermería).  
Auxiliar de Quirófano.*

*El pago de este personal será en la misma forma que los profesionales en medicina, es decir, se pagará el 14.25% del salario total ordinario.*

*(1) En el equipo para realizar el acto quirúrgico no se incluyen otros recursos humanos propios de la recuperación como enfermeras de recuperación, Asistente de paciente. Lo anterior ya que el Hospital debe cubrir las horas de recuperación con personal de planta que esté en jornada ordinaria.*

### **3.3. OTROS INSUMOS**

*Se debe considerar para efectos de cálculos de costo, además de la mano de obra, un 30% de insumos diferentes a los salarios.  
Sin embargo, se debe tener en cuenta que estos insumos son para efectos de inferencias para costear y poder plantear futuros presupuestos.*

*No obstante, como el presente modelo es para atender listas de espera de cirugías en los hospitales, por lo que, en aquellos centros en donde se vaya a aplicar el Modelo ya deberían haber presupuestado todos los insumos necesarios para operar normalmente, de manera que los insumos tales como: hilos de sutura, gasa, algodón, anestesia, bisturís etc., son costos fijos o de mantenimiento que el hospital ya debe tener en sus inventarios y no generados directamente por el modelo.*

### **4. Procedimiento para el control y pago de las cirugías vespertinas:**

#### **4.1. Responsabilidad funcional:**

*En el centro respectivo será responsabilidad del director médico, del jefe de sección y del jefe de servicio ajustarse al procedimiento, que se describe en el presente sistema, que será obligatorio para el pago de las cirugías vespertinas.*

#### **4.2. Autorización de cirugías vespertinas:**

*De acuerdo con lo dispuesto en el presente documento la aprobación para implementar el sistema de cirugías vespertinas corresponderá a la Junta Directiva. Una vez aprobado dicho sistema, será responsabilidad a nivel central, la Gerencia de la División Médica, por medio de su Unidad Técnica de Listas de Espera y localmente del director del centro, juntamente con la jefatura de sección de cirugía, la autorización de cirugías en el horario vespertino, previo razonamiento técnico ante la Gerencia de la División Médica.*

### **5. LEGALIDAD**



*Considerando la necesidad imperiosa que tiene la Institución de atender eficiente y eficazmente las cirugías que se encuentran en lista de espera, y de contar con los profesionales necesarios que se requieren para la continuidad de la prestación de los servicios de la Caja, la Junta Directiva autoriza a las direcciones médicas y a la administración de los centros hospitalarios para contratar médicos especialistas y el equipo complementario de apoyo técnico, para realizar cirugías vespertinas, dentro del Sistema que se propone en este documento, por un período máximo de seis meses.*

*La forma de contratación será bajo la modalidad que dispone el nuevo modelo denominado "Sistema de Cirugías Vespertinas"; cuando las circunstancias y las listas de espera hayan concluido o bien se hayan bajado a límites manejables, todo a juicio de la Gerencia de la División Médica y Administrativa, la Junta Directiva suspenderá o eliminará del todo, el sistema de Cirugías Vespertinas.*

*Por ser un Sistema para atender una contingencia específica (listas de espera) dicho Sistema de Cirugías Vespertinas es de carácter terminal, por lo que los funcionarios que estén o hayan realizado cirugías no podrán alegar derechos adquiridos de ninguna naturaleza laboral ni contractual.*

## **6. CONTROL PARA ROL DE REALIZACIÓN DE CIRUGÍAS VESPERTINAS**

*La Gerencia de la División Médica por medio de la Unidad Técnica de Listas de Espera, elaborará fórmulas o formularios de control, los cuales deberán ser llenados por los funcionarios que realizarán las cirugías; en ellas debe quedar documentado que el equipo quirúrgico se compromete con el centro respectivo a la realización de las cirugías programadas el día que corresponda. La cirugía vespertina se realizará una vez concluida la jornada ordinaria, y sujeta al estricto cumplimiento de las cirugías programadas en el tiempo ordinario. La Unidad Técnica de Listas de Espera aplicará el reglamento vigente, en el momento en que dicho programa se esté ejecutando.*

*Las direcciones, jefaturas de servicio y los propios equipos quirúrgicos que realizan las cirugías vespertinas, tienen la obligación de velar por el uso y la ejecución racional del sistema de cirugía vespertina. Este sistema deberá responder razonablemente a gestionar en forma efectiva las listas de espera en las diferentes especialidades quirúrgicas.*

*El control se efectuará mediante el correcto llenado del formulario antes indicado y la anotación -en el expediente- del acto quirúrgico realizado, sometidos éstos a la verificación posterior del jefe inmediato, o en su defecto, el jefe de la Sección o el Director del centro, el día hábil siguiente; verificación que deberá constar por escrito y será requisito obligatorio para efectos de pago.*



**7. Requisitos para el pago:**

*Las oficinas de recursos humanos no tramitarán el pago en los casos en que el reporte respectivo no llene los requisitos exigidos en este procedimiento. En todo caso deberá existir coincidencia comprobada entre la fecha de la cirugía vespertina realizada y la programación establecida por el centro. Los cambios en la programación deben ser autorizados por la dirección en forma previa y por escrito.*

*Rige a partir de su aprobación por parte de la Junta Directiva. Una copia de los anexos queda formando parte del expediente original de esta acta.*

*ACUERDO SEGUNDO: en concordancia con lo resuelto en el acuerdo precedente queda claramente entendido que el Sistema de Cirugía Vespertina tendrá un plazo de seis meses a partir de su aprobación y será sometido a evaluación final, la cual se hará del conocimiento de la Junta Directiva, por parte de la Gerencia de la División Médica y será la Junta Directiva, quien definiría en última instancia la conveniencia o no de continuar con el Programa. Asimismo, la Gerencia de la División Médica informará a la Junta Directiva de la reglamentación, para la implementación del Sistema de Cirugía Vespertina.*

*ACUERDO TERCERO: reiterar que el Sistema de Cirugía Vespertina aquí aprobado es de carácter temporal para abordar un tema específico. Se trata de un régimen especial para solventar el problema de lista de espera para que la Institución pueda dar un mejor servicio, que garantice la atención oportuna y de calidad a sus asegurados.*

*ACUERDO FIRME".*

## **7. POLÍTICA INSTITUCIONAL PARA LA GESTIÓN DE LISTAS DE ESPERA (2010):**

Para el año 2010 se aprobó la Política de Institucional para la Gestión de listas de espera, en la sesión N°8485, celebrada el 16 de diciembre de 2010, donde se recomienda la integración de equipos locales, destinados a la gestión de los casos y apoye el funcionamiento logístico. Así como, reforzar el funcionamiento de la Red de Servicios a nivel operativo.



## **8. NUEVA MODALIDAD DE PAGO Y HERRAMIENTAS DE CONTROL (2017)**

En la sesión N° 8949 del 21 de diciembre de 2017, la Junta Directiva aprobó múltiples estrategias para mejorar la gestión de las listas de espera. Se avaló una nueva modalidad de pago para la atención de dichas listas. Adicionalmente, se introdujo una herramienta de control de capacidad, optimizando la administración de los recursos disponibles. Se implementaron métodos de control para supervisar los datos de producción y alcanzar metas preestablecidas. En este contexto, la Junta Directiva también instruyó a la Gerencia Médica a revisar y presentar una propuesta de modificación del reglamento de funcionamiento de la Unidad Técnica de Listas de Espera. Esta propuesta quedaría sujeta al proceso de reestructuración del nivel central, como consta en las actas correspondientes.

## **9. PROYECTO DE ABORDAJE PARA LA ATENCIÓN DE LA ENFERMEDAD CORONARIA QUE REQUIERE UN DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO OPORTUNO (2018).**

En la sesión N° 8952, celebrada el 18 de enero de 2018, se aprueba la estrategia para fortalecer la capacidad institucional país para abordar problemas cardiovasculares de resolución quirúrgica, mediante la construcción de la Unidad Coronaria en el Hospital México, donde la Junta Directiva, acuerda textualmente:

*"...I) Aprobar la propuesta final del "Proyecto de Abordaje para la atención de la enfermedad coronaria que requiere un diagnóstico y tratamiento oportuno", el cual será implementado en los siguientes centros médicos: Hospitales México, San Juan de Dios y Rafael Ángel Calderón Guardia, con una vigencia de doce semanas efectivas a partir del inicio del Proyecto, en cada uno de los centros antes señalados.*

*II) Instruir a la Gerencia Médica a fin de que proceda a emitir la directriz correspondiente a los directores Médicos de los Hospitales: Rafael Ángel Calderón Guardia, San Juan de Dios y México, mediante la cual se les comunique la aprobación en firme del Proyecto citado. Asimismo, que proceda a instruir a dichos centros hospitalarios sobre la responsabilidad de velar por la adecuada gestión del Proyecto, así como en cuanto a la utilización de los recursos y su manejo, tanto en la jornada ordinaria como extraordinaria.*



*III) Instruir a la Gerencia Financiera para que realice los trámites correspondientes presupuestarios para brindar contenido económico, para llevar a cabo la ejecución del Proyecto en referencia...”*

A pesar de las múltiples soluciones propuestas a lo largo de los años para abordar las listas de espera, las deficiencias en los sistemas de información y en los mecanismos de control interno han sido barreras consistentes para lograr mejoras sostenibles. Estas listas de espera no solo representan un desafío logístico, sino que tienen un profundo impacto en la salud y el bienestar de los pacientes, acompañado de implicaciones legales y financieras. La persistencia y magnitud de este problema subrayan la necesidad de un enfoque integrado, adaptable y comprometido para su resolución.

## **10. SOLICITUD DE SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN DESDE SALA CONSTITUCIONAL Y CONSTRUCCIÓN DE TIEMPOS RAZONABLES (2019)**

En la sesión N° 9010 del 7 de enero de 2019, se discutió un informe sobre las jornadas de producción del periodo anterior. Los registros y grabaciones de esa sesión revelaron que las listas de espera ya incluían pacientes que llevaban más de 4 años aguardando atención. Este extenso tiempo de espera, junto con fallos persistentes en el sistema de gestión integral, llevó a un aumento en los litigios relacionados. Estos problemas, identificados claramente desde hace más de una década, culminaron en la resolución No. 5560-2019 del 29 de marzo de 2019, donde la Sala Constitucional dictaminó una sentencia estructural sobre las listas de espera.

Esta sentencia instruía la creación de un Sistema Integrado de Gestión para monitorear continuamente el tratamiento de estas listas, y establecía criterios para determinar plazos razonables de espera según la condición de los pacientes y la urgencia de atención, indicándose: “...*deben definirse los plazos de espera razonables por patología o grupos relacionados de diagnóstico de acuerdo con la sintomatología, el nivel de urgencia y las condiciones del paciente, así como los criterios objetivos para ubicar la inclusión y ubicación de una paciente en la lista de espera*”, además, “*deberá fijarse un cronograma de avance*”.

Esta resolución evidencia los persistentes desafíos institucionales, como la falta de coordinación, fragmentación de servicios, desarticulación entre niveles y una gestión ineficaz sin dirección estratégica clara. Subraya que las soluciones implementadas hasta la fecha son temporales, descoordinadas y carentes de un análisis profundo que busque sostenibilidad y mejore la toma de decisiones. Aunque



se ha invertido considerablemente en abordar estos problemas, el principal objetivo sigue siendo proporcionar servicios de salud oportunos y de calidad.

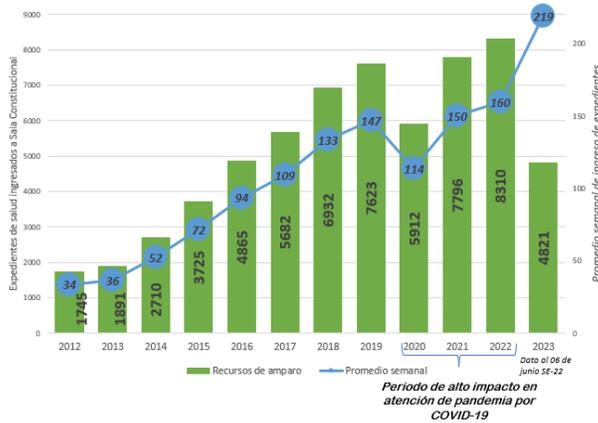
Sin embargo, los litigios relacionados con estos problemas han aumentado de forma exponencial, como demuestran las estadísticas del tribunal y resoluciones como la N°2023018644 y la N°2021018385, que presentan la siguiente tabla.

**Tabla 1.** Cantidad de expedientes de salud, ingresados a la Sala Constitucional, al 6 de junio del 2023.

## Judicialización de la salud



Cantidad de expedientes de salud ingresados a la Sala Constitucional



Durante la última década, se ha registrado un aumento del **376%** en los expedientes.

En 2012, el número era de 1,745, pero en 2022 ascendió a 8,310.



En total, la Sala Constitucional ha recibido **57,191** expedientes de salud en ese período

Fuente: Elaboración propia con base en datos de Sala Constitucional, con corte al 06 de junio del 2023  
 Expediente 23-017071-0007-CO. RES. N°2023018644

**Fuente:** Elaboración propia con base en datos de Sala Constitucional, con corte al 06 de junio del 2023. Expediente 23-017071-0007-CO. RES. N°2023018644

## 11. DEROGATORIA DE POLÍTICA, REGLAMENTO Y ESTRATEGIA PARA CONTRATAR SERVICIOS A TERCEROS

La Comisión Intergerencial conformada al efecto, mediante el oficio GA-DJ-0262-2023 / GL-DTBS-0017-2023/GG-0154-2022/ DRIPSSCN-URCA-0007- 2023/GM-0703-2023/ GL-DABS-0080/ DSI-AISI-0049-2023, con asunto “Situación actual de “Propuesta Política y Reglamento Contratación de Servicios por Terceros, así como la Estrategia Institucional para la Contratación de Servicios de Salud a Proveedores Externos, documento aprobado 10 de octubre de 2007”, señala que:



*“Así las cosas, considera esta Comisión Intergerencial, que tanto 1) la Política de la Caja Costarricense de Seguro Social para la provisión de servicios de salud por medio de proveedores externos (terceros), 2) Reglamento para la contratación de servicios médicos especializados por medio de terceros y 3) Estrategia Institucional para la Contratación de Servicios de Salud a Proveedores Externos, son tres cuerpos normativos que se deben derogar por contar con una Ley General de Contratación Pública y su Reglamento, que señala los requisitos en caso de requerir tal contratación, no siendo de interés actual modificar la normativa interna que regula la materia, ya que actualmente se cuenta con una norma de mayor rango y de reciente vigencia, cuya aplicabilidad es obligatoria y que mantiene los supuestos señalados en la normativa institucional”*

Por lo anterior, en la sesión 9315, celebrada el 27 de febrero del 2023, se acuerda de manera unánime:

*“ACUERDO PRIMERO: Derogar la Política y Reglamento para la provisión de servicios por medios de proveedores externos (terceros), ello por cuanto la Ley 9986 señala los supuestos jurídicos para la contratación, acreditándose desde la decisión de inicio.*

*ACUERDO SEGUNDO: Instruir a la Gerencia Médica para que presente a Junta Directiva, en un plazo de 15 días hábiles, la política institucional para la contratación de servicios de salud, conforme a los criterios de eficiencia, continuidad y adaptabilidad, además defina los protocolos de ejecución y fiscalización contractual.”*

## **12. INFORME PANORAMA DE LA SALUD 2021. OCDE Y REVISIONES INTERNACIONALES.**

La OCDE es conocida como “la organización de las mejores prácticas”. Basa su trabajo en la evidencia y es una de las fuentes más completas y confiables de información estadística a nivel mundial. Con sus 60 años de existencia, la OCDE es hoy una de las organizaciones más influyentes en la gobernanza internacional. Desde el año 2021, Costa Rica forma parte de sus estados miembros en pro de buscar bienestar y desarrollo biopsicosocial de las personas habitantes del país.

En la publicación “Panorama de la Salud 2021. INDICADORES DE LA OCDE” dicho organismo realiza un análisis de los determinantes de la salud, de la necesidad de visualizar y asumir la salud como un factor fundamental y determinante para garantizar el desarrollo del país; y agrega data actualizada, acerca de las



enfermedades que mayormente aquejan a las personas. Así como las principales causas de mortalidad a nivel nacional y mundial. Anota textualmente:

*“Las enfermedades del sistema circulatorio y el cáncer fueron las dos principales causas de muerte en la mayoría de los países. Esto refleja la transición epidemiológica de las enfermedades transmisibles a las no transmisibles que ya ha tenido lugar en los países de ingresos altos y está ocurriendo rápidamente en muchos países de ingresos medios (Roth et al., 2018[7]).*

*En todos los países de la OCDE en 2019, los infartos de miocardio, los accidentes cerebrovasculares y otras enfermedades circulatorias causaron aproximadamente una de cada tres muertes; una de cada cuatro muertes estuvo relacionada con el cáncer. El envejecimiento de la población explica en gran medida el predominio de las muertes por enfermedades circulatorias –con un aumento constante de fallecimientos a partir de los 50 años”*

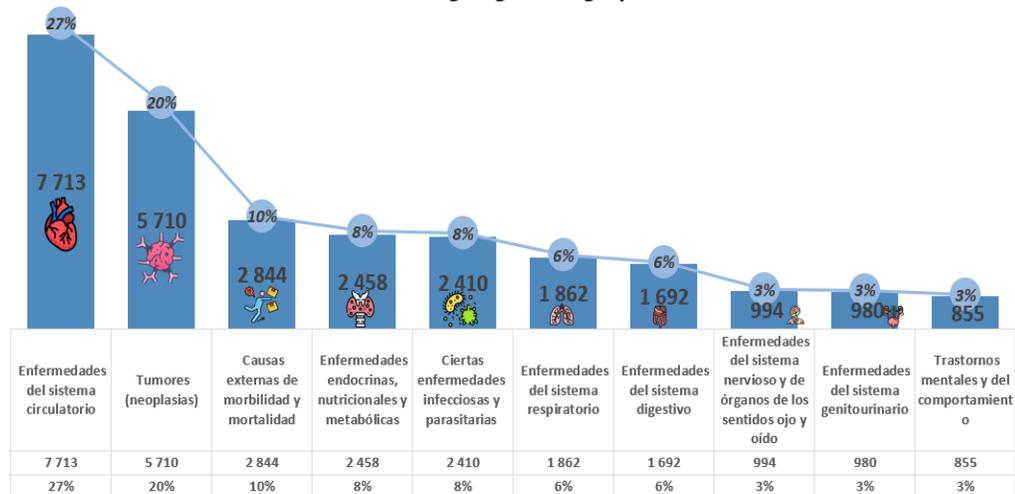
Siendo consecuentes con los datos actualizados y extraídos del Instituto Nacional de Estadística y Censo (INEC) que indican, tal y como se muestra en el siguiente gráfico, las principales causas de morbilidad en Costa Rica. Donde las enfermedades cardiovasculares y las enfermedades oncológicas encabezan la lista.

**Tabla N°2. Defunciones en Costa Rica, 2022.**

## Causas de defunciones en Costa Rica, 2022



**Costa Rica. Total de defunciones, según grandes grupos de causa de muerte, 2022**



Fuente: Elaboración propia con base en INEC-Costa Rica. Estadísticas vitales, 2022

**Fuente:** Elaboración propia con base en INEC-Costa Rica. Estadísticas vitales, 2022



De igual manera, el Ministerio de Sanidad Española, mediante una comisión de expertos de la Sociedad Española de Directivos de la Salud, dentro de la aplicación de las buenas prácticas implementadas para gestionar y racionalizar las listas de espera, indica en su publicación *"GESTIÓN DE LAS LISTAS DE ESPERA DESDE LA PERSPECTIVA DE LA GESTIÓN SANITARIA PROFESIONALIZADA"*, referente a las condiciones que deben de priorizarse en el análisis de las propuestas que aborden este tema de salud pública, señalan de importancia que:

*"...El desarrollo de sistemas de indicación y priorización de las prescripciones diagnósticas y/o terapéuticas que permitan una gestión adecuada y coherente, basada en necesidades objetivas de los pacientes y en criterios de:*

- *Gravedad de las patologías motivo de la atención, capaces de originar discapacidad o disminución de la calidad de vida.*
- *Eficacia de la asistencia para aumentar la supervivencia, disminuir la discapacidad o mejorar la calidad de vida.*
- *Oportunidad de la asistencia para evitar la progresión de la enfermedad o las secuelas de la misma."*

Siendo estas prácticas, un modelo de replicación en el resto de los países de la OCDE y del mundo como Chile, Finlandia y Colombia, para implementar estos principios de equidad, oportunidad, accesibilidad y calidad, dentro de los planes de mejora aplicables en la gestión de los tiempos y las personas es espera de asistencia sanitaria.

### **13. INFORMES DE AUDITORÍA INTERNA (2017-2023)**

La Auditoría Interna, basándose en las responsabilidades que le confiere la ley, ha delineado de forma coherente y sistemática el escenario que se observa en el manejo de las listas de espera. Esta entidad ha monitoreado con regularidad y ha constatado la reiterada materialización de riesgos. A pesar de la permanencia de estos problemas, no han impedido la ejecución de diferentes proyectos de jornadas.

ASF-208-2017 de fecha 21 de diciembre 12-2017 se informó lo siguiente:



*"No obstante, si se realiza un análisis del periodo 2014-2016, el Hospital México fue el que mayor cantidad de recursos utilizó para atender las listas de espera con un total de ₡1.081.379.823,07 (Mil ochenta y un millones trescientos setenta y nueve mil ochocientos veintitrés colones 07/100), además, el Hospital San Juan de Dios utilizó un monto de ₡997.471.528,82 (Novecientos noventa y siete mil cuatrocientos setenta y un mil quinientos veintiocho 82/100) y el Hospital San Vicente de Paúl para ese mismo periodo ejecutó un monto de ₡692.395.675,76 (Seiscientos noventa y dos millones trescientos noventa y cinco mil seiscientos setenta y cinco colones 76/100).*

*Este Órgano de Fiscalización y Control remitió oficio 53849, del 26 de setiembre 2017, en el que le solicitó a la Dra. María Eugenia Villalta Bonilla, Gerente Médica, se refiriera a los controles establecidos, para los gastos realizados en la cuenta presupuestaria 2043 "Programa de Cirugía Vespertina", asimismo, aportara la evidencia documental sobre los seguimientos realizados al impacto en las listas de espera y la comunicación de resultados a la Junta Directiva.*

*Debido a lo anterior, la Dra. Villalta suscribió oficio GM-AUDB-30142-2017, del 6 de octubre del 2017, dirigido a los funcionarios Dr. Manuel Navarro Corea, Coordinador Unidad Listas de Espera Quirúrgica y Proyectos Especiales y el Dr. Rafael Cortés Ángel, Coordinador de Procedimientos y Disponibilidades, solicitándoles trasladar la información requerida por la Auditoría Interna.*

*Al 14 de noviembre del 2017, es decir, transcurridos 35 días hábiles desde la petitoria realizada por esta Auditoría, los funcionarios Dr. Manuel Navarro Corea, Coordinador Unidad Listas de Espera Quirúrgica y Proyectos Especiales y el Dr. Rafael Cortés Ángel, Coordinador de Procedimientos y Disponibilidades, no trasladaron la información sobre los controles establecidos para los gastos ejecutados en la subpartida presupuestaria 2043 "Programa de Cirugía Vespertina", además de los análisis que mostraran el impacto en las listas de espera.*

*Basado en lo anterior no se obtuvo un criterio por parte de la Gerencia Médica en torno al tema del impacto que ha tenido la ejecución de recursos presupuestarios en las listas de espera a nivel institucional.*

*La Junta Directiva en el artículo 9 de la sesión 8208, celebrada el 06 de diciembre de 2007, aprobó la dotación de recursos para el Programa de Cirugía Vespertina, cuyo propósito fue disminuir las listas de espera de los Hospitales Nacionales y Regionales, considerando que en ese momento existía inopia de profesionales en ciencias médicas especialistas en anestesiología.*

*A continuación de los acuerdos adoptados en el artículo 09 de la sesión 8208, se transcriben los aspectos más relevantes sobre los controles a implementar y el seguimiento que se le debe dar a los resultados para la asignación de recursos presupuestarios bajo este concepto de tiempo extraordinario:*

#### *4.2. Autorización de cirugías vespertinas:*



*De acuerdo con lo dispuesto en el presente documento la aprobación para implementar el sistema de cirugías vespertinas corresponderá a la Junta Directiva. Una vez aprobado dicho sistema, **será responsabilidad a nivel central, la Gerencia de la División Médica, por medio de su Unidad Técnica de Listas de Espera y localmente del director del centro, conjuntamente con la jefatura de sección de cirugía, la autorización de cirugías en el horario vespertino, previo razonamiento técnico ante la Gerencia de la División Médica.***

- *La forma de contratación será bajo la modalidad que dispone el nuevo modelo denominado "Sistema de Cirugías Vespertinas"; cuando las circunstancias y **las listas de espera hayan concluido o bien se hayan bajado a límites manejables, todo a juicio de la Gerencia de la División Médica y Administrativa, la Junta Directiva suspenderá o eliminará del todo, el sistema de Cirugías Vespertinas.***

- **ACUERDO SEGUNDO:** *en concordancia con lo resuelto en el acuerdo precedente queda claramente entendido que el Sistema de Cirugía Vespertina **tendrá un plazo de seis meses a partir de su aprobación y será sometido a evaluación final**, la cual se hará del conocimiento de la Junta Directiva, por parte de la Gerencia de la División Médica y será la Junta Directiva, quien definirá en última instancia la conveniencia o no de continuar con el Programa.*

*Asimismo, **la Gerencia de la División Médica informará a la Junta Directiva de la reglamentación, para la implementación del Sistema de Cirugía Vespertina.***

- **ACUERDO TERCERO:** *reiterar que el Sistema de Cirugía Vespertina **aquí aprobado es de carácter temporal para abordar un tema específico.** Se trata de un régimen especial para solventar el problema de lista de espera para que la Institución pueda dar un mejor servicio, que garantice la atención oportuna y de calidad a sus asegurados.*

*Es importante señalar que se consultó a la funcionaria de la Gerencia Médica Sra. Vera Sileny Obando Vargas, quien se encarga de darle seguimiento a los acuerdos de Junta Directiva, sobre las acciones, documentos o estudios que la unidad ejecutora presentó ante el Jerarca para atender lo anteriormente expuesto, señalando que no posee registros sobre lo actuado.*

*Aunado a lo anterior, se le consultó a la Sra. Zaida Matamoros Villalobos, Secretaria de Junta Directiva, quien expuso que no se encuentran registros sobre las acciones llevadas por parte de la Gerencia Médica para el cumplimiento del artículo 9 de la sesión 8208, celebrada el 06 de diciembre de 2007.*

*Según el "Instructivo de Formulación del Plan-Presupuesto", la subpartida 2043 "Programa de Cirugía Vespertina" se limita a las unidades ejecutoras que realizan acciones derivadas del programa mencionado a cargo de la Gerencia Médica, conforme a lo aprobado por Junta Directiva y el procedimiento establecido.*

*Preocupa a este Órgano de Fiscalización y Control que la Administración Activa no demostrara el establecimiento de informes de gestión e impacto que permitan determinar la calidad del gasto en la partida 2043 "Programa de Cirugía Vespertina",*



*además, que garanticen el uso eficiente de los recursos en cuanto a la producción, eficiencia y reducción de las listas de espera, considerando, una adecuada rendición de cuentas dado que dichos proyectos son aprobados por Junta Directiva."*

En el informe AS-ASS-1700-2020 titulado "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" del 2020, se destaca la insuficiencia de indicadores de gestión y sistemas de información adecuados. Estos son necesarios para tomar decisiones fundamentadas, medir la productividad y evaluar la eficiencia. La lista de espera se considera un síntoma de un problema más grande, por lo que es vital identificar las causas subyacentes y abordarlas y señala respecto a las deficiencias en la gestión y el control, lo siguiente:

*"...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..."*



De igual manera, la Auditoría señala sobre la actuación del ente táctico, lo siguiente, respecto al control de la capacidad instalada:

*"...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..."*



En el año 2019, a pesar de ser el año con la mayor producción institucional y contar con un elevado número de especialistas, no fue suficiente para satisfacer la creciente demanda de servicios. A pesar de invertir cerca de 11 mil millones de colones en ese periodo, hubo un retraso significativo en la atención. Al concluir enero de 2020, el rezago en la atención alcanzó los 6 años. Dicho informe señala que la lista de espera se redujo solo en aproximadamente 5,000 pacientes y los plazos de espera se acortaron en 46 días. Estos esfuerzos han tenido un impacto parcial y la demanda sigue superando la oferta, como se anota de manera textual:

*“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
<b>Total general</b>	<b>11</b>	<b>162</b>	<b>900</b>	<b>6760</b>	<b>30810</b>	<b>75595</b>	<b>220329</b>	<b>574004</b>	<b>572516</b>	<b>14250</b>	<b>1495337</b>

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

\*Nota: el cuadro visto en la imagen anterior es copia fiel del informe emitido por la UTLE, Gerencia Medica, el 10 de febrero 2020.

A través de los oficios AS-ASS-2954-2021 y AS-ASS-0109-2022, se evaluó la producción lograda por medio de las jornadas, y se dio inicio al seguimiento de las medidas adoptadas durante la pandemia de Covid-19. Estas acciones estuvieron focalizadas principalmente en la atención de casos oncológicos y urgencias, con el



propósito de minimizar los riesgos de contagio y redireccionar recursos hacia la atención de la emergencia.

Un informe adicional emitido por la Auditoría Interna aborda la persistente problemática de la lista de espera, que ha sido gestionada de manera deficiente durante más de 20 años. Es especialmente preocupante dada la delicada situación que la institución debe enfrentar en el contexto post-pandémico. El oficio AS-ASS-025-2022, titulado *"Oficio de Asesoría referente a la atención de la lista de espera a nivel institucional durante la pandemia y acciones a futuro e importancia de activación de planes de continuidad y recuperación de los servicios de salud"*, destaca la necesidad de explorar otros escenarios para expandir la capacidad de atención, especialmente frente al anticipado aumento de casos pendientes de resolución. El informe expone:

*"...Es uno de los principales desafíos de la institución, y a pesar de que existen diferentes unidades involucradas para su atención, no se evidencia una solución en concreto para los pacientes que presentan un periodo prolongado en espera de la resolución del problema de salud. No obstante, los esfuerzos de unidades como la Unidad Técnica de la Lista de Espera, Direcciones de Sede y la misma Gerencia Médica en conjunto con los Centros de Salud, continúa la creciente demanda que sobrepasa las acciones que en materia realizan estas unidades, lo cual llama a la reflexión si el sistema de salud, con los recursos actuales se encuentra capacitada para resolverla o si por el contrario es necesario la asistencia externa sea ello por los actores sociales, económicos o internacionales para solventar esta situación, siempre y cuando se garantice un uso efectivo de los recursos humanos y materiales en la jornada ordinaria. En tal sentido, se reitera los esfuerzos que se deben de realizar en cuanto a los aspectos administrativos y técnicos que se deben de mejorar, a fin de continuar fortaleciendo la capacidad resolutive de los centros de salud, y que los esfuerzos estén debidamente articulados.*

*Consecuentemente con lo anterior, la Contraloría General de la República ha señalado en el proceso de planificación de los servicios de salud los análisis de riesgos que se deben de realizar respecto a la atención de la salud, siendo un eje para tomar en consideración el incremento en las listas de espera, como parte de los factores que puede presentar una afectación de la salud de la población. Por ello, a nivel de la institución se debe de disponer de mecanismos de contingencia necesarios para establecer acciones que reflejen una mejora sustancial de la problemática evidenciada"*



En el oficio AS-ASS-075-2022, titulado “Oficio de Asesoría sobre los principales riesgos estratégicos en los procesos de dirección, relacionados con la atención de las listas de espera en la institución”, el ente fiscalizador identifica y comunica los principales riesgos estratégicos. La intención es que estos riesgos se aborden de forma oportuna para permitir una administración adecuada de los mismos. El oficio expone que:

*“ La Gerencia Médica, la Unidad Técnica de Listas de Espera, y los gestores de las unidades, enfrentan el desafío de aumentar la oferta de servicios, siendo necesario generar una mejora en los indicadores de los tiempos de atención y disminución en el número de pacientes y citas en las listas de espera, con mecanismos que generen una maximización del uso de los recursos disponibles (determinación de la capacidad instalada de los centros de salud), una mayor eficiencia de las jornadas ordinarias, no ordinarias -de producción-, implementación de nuevas tecnologías, análisis de diferentes modalidades para la resolución de la lista de espera, brechas en recurso humano, especialización técnica y humana, asignación de recurso humano de acuerdo con los insumos técnicos disponibles, coordinación con la comisión para la distribución de especialistas, considerar estrategias en Red, proyectos de jornadas quirúrgicas, cirugías vespertinas y determinar la pertinencia de la compra de servicios a terceros, de forma que se brinde una solución integral a la problemática, con el fin de generar una mejora en el servicio.*

*Es preciso continuar con las iniciativas que permitan la implementación de herramientas tecnológicas, como los Dashboard de hospitalización, Módulo Quirúrgico, cubos de información y otros, de tal manera que se constituyan en herramientas eficaces de gestión (de gestión general y gerencial), así como de conocimiento obligatorio para las autoridades, y personal de los centros de salud, elementos que deben permitir gestionar de manera oportuna las listas de espera en coordinación con la Unidad Técnica, a los efectos de establecer estrategias en Red que permitan una solución integral y por consiguiente que el paciente logre una resolución pronta al problema de salud”*

Adicionalmente, resalta que el costo para la institución de contar con pacientes por tiempos prolongados en espera se eleva al afectar de manera directa otras variables de riesgo y oportunidad, que deben de ser analizadas dentro de los escenarios utilizados para realizar los análisis de mercado y costeo.



*“Es preciso señalar que, el impacto que ha generado en el sistema de salud la lista de espera, están: los incrementos en costos de operación, riesgos para la atención, prolongación o complicación de la enfermedad, procesos de tratamiento y rehabilitación postergados – prolongados-, aumento del otorgamiento de incapacidades, de insumos, reclasificación de la enfermedad, pensiones, afectación a la imagen institucional y sobre todo la judicialización de la atención, aspecto que repercute indudablemente en la lista de espera, al desplazar por una orden judicial a los usuarios en espera, sin considerar los mecanismos de priorización técnica del estado de salud de los pacientes.*”

*Considerando que la lista de espera (consulta externa, procedimientos y quirúrgica) es una problemática que va más allá de establecer o mantener un registro, una conceptualización estructural, y aspectos de orden administrativo, es necesario desarrollar una gestión integral que sea eficiente, eficaz”*

Finalmente, en la sesión N° 9333, del 11 de mayo de los corrientes, la Junta Directiva, posterior a conocer estos antecedentes descritos y motivados por la atención directa al informe de la Auditoría Interna AS-ASALUD-005-2023 con asunto “Oficio de Asesoría sobre la emergencia institucional que representa la lista de espera”, valora como prioridad la necesidad de prestar debida atención a las personas que conforman las listas de espera para abordar el problema de raíz. Es por esta razón que la Junta Directiva, por decisión unánime, avala la “Ruta para avanzar en la gestión de las listas de espera y en la gestión del recurso especializado” que indica en el artículo 5°:

*“...**ACUERDO PRIMERO:** Aprobar la “RUTA PARA AVANZAR EN LA GESTIÓN DE LAS LISTAS DE ESPERA Y GESTIÓN DEL RECURSO HUMANO ESPECIALIZADO EN SALUD”, presentada por la Comisión conformada en el artículo 2° de la sesión N° 9323, celebrada el 30 de marzo del año 2023.*”

***ACUERDO SEGUNDO:** Instruir a los directores de Establecimientos de Salud y directores de Redes Integradas de Prestación de Servicios de Salud para que tomen las medidas necesarias que se requieran para la atención prioritaria institucional de las listas de espera y filas. El objetivo es enfocar los esfuerzos de manera directa en la atención de las cinco especialidades más críticas en listas de espera para alcanzar una reducción del 25% en el tiempo de espera promedio en cada centro de salud, en un plazo de seis meses y*



*una disminución del 50% en los tiempos de espera promedio al finalizar el primer año de implementación de esta propuesta.*

*Esta iniciativa incluye cualquier modalidad de atención de la lista, siempre y cuando cumplan con la normativa vigente y aseguren el máximo uso de la capacidad resolutive.*

**ACUERDO TERCERO:** *Instruir a la Gerencia Médica para que, en coordinación con las unidades correspondientes, atienda el acuerdo primero y fiscalice las acciones y procesos táctico-operativos que resulten necesarios, dentro del ámbito de competencias de cada instancia, para garantizar el efectivo cumplimiento de las acciones y propuestas en atención de los ámbitos de abordaje y plazos incluidos en la ruta definida y conforme el mapa estratégico incluido en el informe (Anexo 10), siendo su responsabilidad prioritaria el cumplimiento de estos acuerdos en el plazo directora coordinadora de la Comisión Lista de Espera y Especialistas..."*

Con la aprobación de esta ruta se pretende ofrecer desde el ámbito estratégico, hasta el operativo y de manera coordinada y articulada, un enfoque integral y estratégico de la problemática antiguamente conocida pero documentalmente, no sumida. Sirviendo para esto la inclusión expresa de 3 elementos fundamentales que permiten que la institucionalidad completa se enfoque en la resolución de un problema creciente, de manera conjunta. Con medidas para ser aplicadas de rescate a corto, y de sostenibilidad a mediano y largo plazo, garantizando en todo momento un norte orientado en cumplimiento a los deberes constitucionales de preservar la vida, la salud, el bienestar y la dignidad de las personas:

1. Intervención de unidades estratégicas que han formado parte de los procesos de gestión de las listas de espera y de los recursos existentes (sesión N° 9333 y N° 9335 de JD)
2. Declaratoria de Emergencia Institucional para el abordaje y atención de las listas de espera, con base en los principios de oportunidad, urgencia y justicia. (Sesión N° 9337 de JD celebrada el 22 de mayo)
3. Reforzamiento de los métodos de fiscalización y la aplicación estricta y oportuna de los mecanismos de control interno. (Sesión N° 9333 de JD del 11 de mayo del 2023)

En la sesión N° 9333 donde se aprueba la "*Ruta para avanzar en la gestión de las listas de espera y en la gestión del recurso especializado*" se reconoce la



complejidad de la problemática de las listas de espera demanda un enfoque multidimensional y colaborativo. La institución, reconociendo los desafíos, está tomando medidas estratégicas y operativas para ofrecer soluciones integrales, con un fuerte compromiso de parte de la Junta Directiva y todas las unidades involucradas.

- **Compromiso de la Junta Directiva:** Posterior a conocer todos los antecedentes, la Junta Directiva ha reconocido la urgencia de la situación y ha aprobado una "Ruta para avanzar en la gestión de las listas de espera y en la gestión del recurso especializado".
- **Objetivos Claramente Definidos:** La Junta ha establecido metas concretas, buscando una reducción del 25% en el tiempo de espera promedio en seis meses y del 50% al finalizar el primer año de implementación.
- **Máxima Utilización de Recursos:** La iniciativa busca aprovechar al máximo la capacidad resolutoria de cada centro de salud, asegurando que todas las modalidades de atención cumplan con la normativa vigente.
- **Responsabilidad de la Gerencia Médica:** Se ha instruido a la Gerencia Médica para que coordine las acciones y garantice el cumplimiento de los acuerdos en el plazo establecido, enfocándose especialmente en las especialidades más críticas.
- **Prioridad a las Personas:** Finalmente, se destaca el enfoque centrado en las personas, reconociendo la importancia de atender a quienes conforman las listas de espera y abordar el problema desde su raíz.



## HALLAZGOS Y RESULTADOS OBTENIDOS

### 1. INFORMES DE SEGUIMIENTO

Se recibe copia el informe AI-1323-2023 de 27 de julio de 2023 con asunto "Oficio referente a la Hoja de Ruta para avanzar en la gestión de las listas de espera y gestión del recurso Especializado en Salud (sesión 9333) y Declaratoria de Emergencia Institucional (sesión 9337) en el cual resalta que la hoja de Ruta para Avanzar en la Gestión de las Listas de Espera y Gestión del Recurso Humano Especializado en Salud" el cual marca una pauta crucial para mejorar la prestación de servicios médicos a aquellos pacientes en espera.

Es fundamental la coordinación y liderazgo ejercido por la Gerencia Médica y todas las unidades involucradas en el proceso, como se establece en la sesión N° 9333, no obstante, a pesar de la urgencia y las expectativas planteadas por la Junta Directiva, se ha identificado que muchas de las acciones esenciales para alcanzar estos objetivos están aún en proceso o directamente incumplidas.

*"...De la revisión efectuada por esta auditoría, se determina que como parte de los postulados fundamentales que definió la junta directiva para la atención oportuna de las Listas de Espera, se definieron siete acciones que según ese órgano colegiado por la importancia y el riesgo que genera el tema, tenían que ser atendidas en el plazo de un mes posterior a la comunicación formal del acuerdo. Sin embargo, como resultado de la documentación remitida por la administración activa a esta Auditoría, se determina que la mayoría de las acciones se encuentran en proceso o incumplidas. Es preciso indicar que las acciones referidas a la "Declaratoria de Emergencia Institucional en listas de espera" y el "Aumento del monto de cobertura del seguro obligatorio de vehículos se encuentran cumplidas, respecto a la "Distribución de especialistas en cuanto a la mejora en el proceso metodológico parcialmente cumplida.*

*De conformidad con lo anterior, se establece que las acciones relacionadas con el Programa de Fortalecimiento del Primer Nivel está en proceso, las cuales según la hoja de ruta no tenían plazo de ejecución, no obstante, de las siete acciones, dos están cumplidas, una parcialmente cumplida y cuatro se encuentran con cierto grado de avance, lo cual evidencia que las Gerencias involucradas en el proceso y las demás dependencias, deben de otorgarle una mayor atención y bajo los principios adecuados de dirección, coordinación y control efectivo, logren articular acciones y efectuar un*



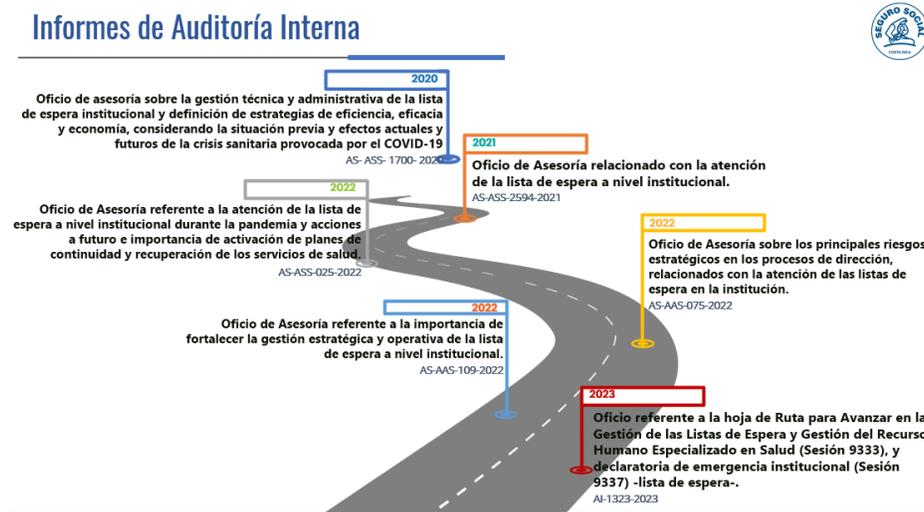
*seguimiento efectivo que permita impulsar los procedimientos que sean necesarios, a fin de que se cumpla con el cronograma definido en la hoja de ruta y por lo consiguiente de una manera eficaz se concreten las metas y objetivos planteados por la Junta Directiva, para resolver los principales problemas que se presentan en la gestión de las listas de espera y con ello se favorezca la prestación de los servicios de salud de los usuarios que están esperando ser atendidos en forma oportuna para resolverles su problemas de salud."*

Esto subraya la necesidad de fortalecer el compromiso, la dirección, y el control para garantizar la eficacia en el cumplimiento de la hoja de ruta. Además, no solo se trata de superar desafíos administrativos; hay consideraciones logísticas y financieras cruciales, como asegurar los insumos necesarios. La comunicación y anticipación son esenciales, como evidencia el oficio GL-0892-2023, para planificar adecuadamente la adquisición de recursos. En definitiva, es imperativo que la Administración Activa intensifique sus esfuerzos para brindar soluciones oportunas y eficientes, aprovechando al máximo el recurso humano especializado, con el propósito final de beneficiar a los pacientes y optimizar el servicio médico institucional, alineado con lo propuesto por la Junta Directiva.

*"A partir de lo descrito, se informa y reitera a la Administración Activa, continuar gestionando las acciones que permitan brindar soluciones oportunas y eficientes a los usuarios, que se encuentran en alguna modalidad de atención de la lista de espera, así mismo, se propicien respuestas en cuanto a la gestión del recurso humano especializado, a los efectos de impactar positivamente en la mejora de los servicios y se atienda lo propuesto en la hoja de Ruta para Avanzar en la Gestión de las Listas de Espera y Gestión del Recurso Humano Especializado en Salud acordada por la Junta Directiva.*

*No obstante, se recuerda a la Administración, su responsabilidad por la constante valoración de riesgos, y el establecimiento de acciones que permitan mantener, perfeccionar, evaluar el sistema de control interno, además de adoptar de inmediato las medidas correctivas, ante cualquier evidencia de desviaciones o irregularidades, así como, implantar de inmediato las observaciones, recomendaciones y disposiciones formuladas por la Auditoría Interna, conforme con lo dispuesto en los artículos 10°, 12° 14° de la Ley General de Control Interno, y del cumplimiento de los artículos 5 de la sesión 9333 y 47 de la sesión 9337."*

**Tabla N°3. Antecedentes de auditoría**



Fuente: Elaboración Propia Informes de auditoría interna

A partir de los informes de Auditoría Interna revisados, se pueden señalar:

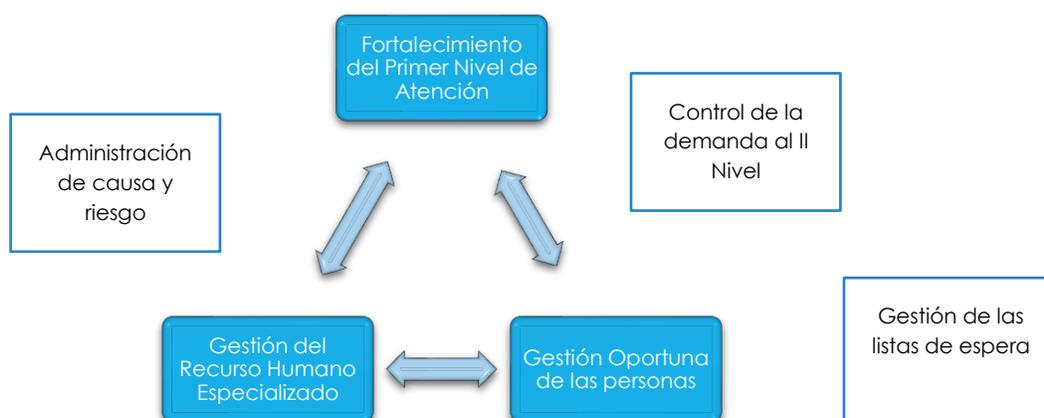
- **Identificación de Riesgos Estratégicos:** El ente fiscalizador ha señalado los riesgos estratégicos en la atención de listas de espera, subrayando la necesidad de abordarlos de forma adecuada y oportuna para garantizar una gestión adecuada.
- **Desafíos Operacionales:** Las unidades encargadas enfrentan el reto de aumentar la oferta de servicios, mejorar los indicadores de tiempos de atención y reducir las listas de espera, todo ello maximizando el uso de los recursos disponibles.
- **Disponibilidad de información oportuna:** La implementación de herramientas tecnológicas como Dashboards de Hospitalización, Módulo Quirúrgico y otros se vuelve esencial para una gestión efectiva y para garantizar una atención oportuna.
- **Impacto Financiero y Operacional:** El tiempo prolongado de espera tiene costos asociados que afectan directamente a la institución, desde el incremento en costos de operación hasta la judicialización de la atención.

- **Implicaciones Sociales y de Imagen:** La lista de espera afecta la imagen institucional, y su manejo inadecuado puede llevar a acciones judiciales que desplazan a los usuarios en espera, sin considerar prioridades médicas.
- **Visión Integral de Gestión:** Abordar las listas de espera va más allá de mantener registros o gestionar administrativamente, se necesita una gestión integral que sea eficaz y eficiente.

## 2. CUMPLIMIENTO DE LA “RUTA PARA AVANZAR EN LA GESTIÓN DE LAS LISTAS DE ESPERA Y GESTIÓN DEL RECURSO HUMANO ESPECIALIZADO EN SALUD”. (SESIÓN NO 9333)

Se realizó una revisión minuciosa de los compromisos institucionales adquiridos, en atención a los acuerdos tomados durante las sesiones de Junta Directiva N° 9333, 9334, 9335 y 9337, como parte de los componentes incluidos dentro de la “**RUTA PARA AVANZAR EN LA GESTIÓN DE LAS LISTAS DE ESPERA Y GESTIÓN DEL RECURSO HUMANO ESPECIALIZADO EN SALUD**”. Esto, con el fin de determinar oportunamente el grado de cumplimiento de lo instruido, que ofrezca la oportunidad estratégica de visualizar posibles puntos de intervención y mejora para lograr los objetivos institucionales planteados.

En la propuesta presentada el pasado 11 de mayo, se determinó la línea estratégica que seguiría la institución en cuanto al abordaje prioritario de la condición actual de las listas de espera. Se dividió su intervención en 3 ejes:



**Figura N.1. Gestión de la Salud.**

Ejes de atención. "Ruta para avanzar en Listas de Espera y Recurso Especializado.

### Eje I. Fortalecimiento del primer nivel de atención

Los múltiples intentos de trabajar sobre la temática de listas de espera han sido tenues, desarticulados y aislados. Por tal razón, dentro del mapa definido como ruta, se incluye un plan de trabajo con enfoque integral, donde el factor "demanda" de los servicios especializados incide positivamente sobre la capacidad de resolución del primer nivel.

A corto y mediano plazo (menos de 3 meses), se definieron **6 acciones estratégicas** por cumplir, según lo incluido en los anexos 1 y 10 de la "RUTA PARA AVANZAR EN LA GESTIÓN DE LAS LISTAS DE ESPERA Y GESTIÓN DEL RECURSO HUMANO ESPECIALIZADO EN SALUD".

**Tabla N°4.** Fortalecimiento del I nivel de atención.



Fuente: Informe Comisión para el análisis de listas de espera y situación de especialistas.

En cuanto al cumplimiento de las acciones propuestas, se define que no se ha logrado confirmar que alguna de estas se encuentre completa. Sin embargo, cabe señalar que dentro del Anexo 1, se incluye una acción estratégica de "capacitación de personal del primer nivel para mejorar su capacidad resolutoria".



Referente a este punto de manera particular, se conoce de un plan propuesto por el equipo de intervención CENDEISSS/UTLE/CTAME, que consiste cronograma de capacitaciones para médicos generales **a 5 años plazo**.

De momento, no se ha incluido ningún otro gremio del equipo multidisciplinario como recurso de enfermería, psicología, nutrición, Redes, entre otros, en dichas capacitaciones.

## **Eje II. Gestión Oportuna de las personas**

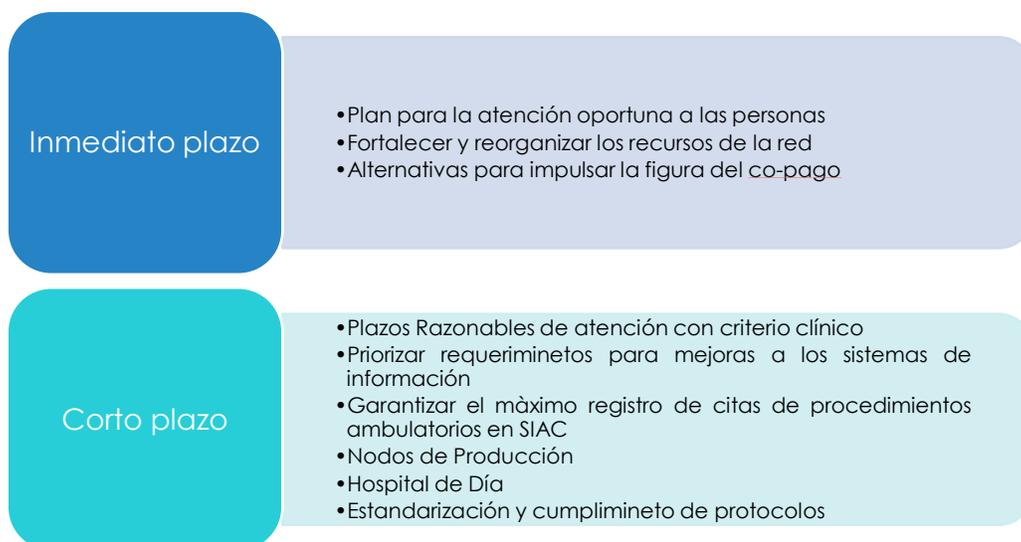
Este apartado, es fundamental dentro de las acciones de inmediato y corto plazo por evaluar. Ya que, es la base del enfoque cuyo objetivo es centrar y concentrar los esfuerzos y acciones iniciales, en la resolución de casos actualmente siguen esperando tras 7 años, recibir una atención particular.

Se propone un total de 16 acciones estratégicas por atender, según lo incluido en los "anexos 1 y 10" de la "RUTA PARA AVANZAR EN LA GESTIÓN DE LAS LISTAS DE ESPERA Y GESTIÓN DEL RECURSO HUMANO ESPECIALIZADO EN SALUD". De las cuales, solo se completó a la fecha **40% de las acciones inmediatas y un 33% de las acciones a corto plazo**:



**Figura N.2.** Cumplimiento de las acciones inmediatas y corto plazo.

Las acciones de inmediato y corto plazo que no alcanzaron la meta según lo planificado, dentro de la atención a las listas de espera, son las siguientes:



**Figura N.3.** Incumplimiento de las acciones inmediatas y corto plazo.

No obstante, la administración activa ha realizado los esfuerzos que han estado a su alcance para procurar el inicio oportuno de las acciones y facilitar los avances en dichos ámbitos, que concreten estrategias en tiempo y forma, para evitar que se materialicen los riesgos previamente evidenciados sobre las limitaciones y dificultades para implementar acciones efectivas.

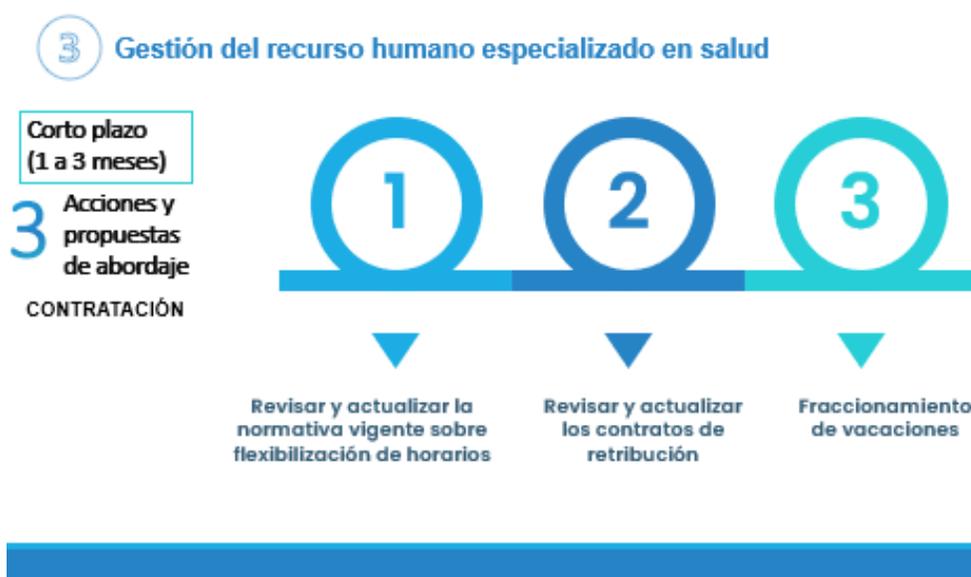
Por lo anterior, desde este despacho se han enviado oficios de seguimiento y de instrucción que se encuentran en el sistema SAYC, así como con los respaldos respectivos en el archivo de la presidencia ejecutiva, de requerir ser consultados, los cuales han tenido el objetivo de asegurar se estén realizando las gestiones acordadas por la Junta Directiva.

De igual manera, también se complementó dicho seguimiento mediante sesiones virtuales y presenciales con los diferentes actores involucrados en el cumplimiento de los objetivos, para alinear y articular estratégicamente los esfuerzos. Sin embargo, llama la atención que las respuestas obtenidas desde el estrato táctico se caracterizaron por ser lentas y reactivas, por encima de ser prospectivas, previsivas, oportunas y colaborativas.

### **Eje III. Gestión del recurso humano especializado en salud**

En cuanto a la atención de los acuerdos iniciales propuestos, para arrancar con el análisis del recurso humano especializado, se plantearon 2 metas a corto plazo, donde a la fecha, no se ha logrado alcanzar la meta en ninguno de las 3 acciones, vistas en la Tabla N.5.

**Tabla N°5. Recurso humano especializado.**



Fuente: Informe Comisión para el análisis de listas de espera y situación de especialistas.

### **3. RESULTADOS Y ALCANCES DE LA INTERVENCIÓN CENDEISSS/UTLE/CTAME**

Como parte de las estrategias incluidas en la sesión N°9333, dentro del acuerdo instruido de atención de la "RUTA PARA AVANZAR EN LA GESTIÓN DE LAS LISTAS DE ESPERA Y GESTIÓN DEL RECURSO HUMANO ESPECIALIZADO EN SALUD". La Junta Directiva en el artículo 6° de la sesión N°9335, celebrada el 18 de mayo de 2023, acordó como parte de las estrategias para asegurar el cumplimiento oportuno de lo instruido, lo siguiente:

*"(..) ACUERDO SEGUNDO*

*Avocar la competencia funcional de la Comisión Técnica de Análisis y asignación de Especialistas y la Unidad Técnica Listas de Espera (UTLE) de*



*la Gerencia Médica, y para tal efecto, encargar a la interventora del CENDEISSS Dra. Dominique Guillen Femenias, la coordinación de dicha comisión y unidad durante el plazo de intervención, debiendo rendir un informe mensual sobre la problemática de las listas de espera y el cumplimiento de los acuerdos adoptados por esta Junta Directiva.*

### **ACUERDO TERCERO**

- 1. Disponer de un equipo de acompañamiento que analice la gestión de la Comisión Técnica de Análisis y Asignación de Especialistas de la Gerencia Médica y los procesos de la Unidad Técnica de Listas de Espera, considerando los planteamientos hechos por la Auditoría Interna en oficio AD-ASALUD-0042-2023 (Oficio de Advertencia referente a la importancia de replantear e intervenir el proceso de formación y distribución de médicos especialistas a nivel institucional) y oficio AS-ASALUD-005-2023 (Oficio de Asesoría sobre la emergencia institucional que representa la lista de espera), y otros insumos de la Auditoría Interna relacionados, incluidos en el análisis efectuado por la Comisión de análisis de listas de espera y de especialistas de esta Junta, y adjuntos al informe entregado a esta Junta Directiva en oficio SJD-CJD-0002-2023 del 10 de mayo de 2023.*
- 2. Dicho equipo de acompañamiento estará coordinado por la Dra. Dominique Guillén Femenias, la cual deberá integrar en el mismo a funcionarios (as) que cuenten con expertis y formación en tales temáticas, y que faciliten el desarrollo y ejecución de las tareas que al respecto deban efectuarse. Deberá presentarse en la próxima sesión de esta Junta la conformación de dicho equipo, para su aprobación.*
- 3. El citado equipo deberá presentar un informe a la Junta Directiva sobre los hallazgos que se tengan, con propuestas de abordaje de los planteamientos hechos por la Auditoría Interna en los oficios indicados en el punto 1 del presente acuerdo, en pro de mejorar la distribución de médicos especialistas y la gestión de la Unidad Técnica de Listas de Espera. Plazo: 3 meses (...)"*

El equipo interventor coordinado por la Dra. Dominique Guillén Femenias, para cumplir con lo instruido mediante el acuerdo tercero de la sesión N°9335, celebrada el 18 de mayo de 2023, se conformó por los siguientes actores según lo



contemplado en el primer informe de seguimiento, que cita textualmente las competencias y perfiles de los integrantes:

*"(...) -Dra. Flavia Solórzano Morera, Asesora de Gerencia Médica. Especialista Medicina Familiar y Comunitaria, UCR. Especialista en Medicina Paliativa de Adultos, Universidad Valladolid, España. Máster Administración de Servicios de Salud con énfasis en Gerencia de Salud. UNED. Profesora y Coordinadora Nacional de Posgrado de Medicina Familiar y Comunitaria e Internado Rotatorio, UCR.*

*-Dr. Carlos Brenes Bolaños, Hospital San Rafael de Alajuela. Especialista Medicina Familiar y Comunitaria, UCR. Máster en Gerencia de la Salud - ICAP. Especialista en Administración de Servicios de Salud con énfasis en Gerencia Moderna y Gestión del Cambio en Salud - ICAP. Profesor de de Posgrado de Medicina Familiar y Comunitaria y Coordinador de Internado Rotatorio, UCR.*

*-Dr. Armando Cortés Ruiz, Evaluador de Dirección de Compras, Gerencia Médica. Especialista Medicina Familiar y Comunitaria, UCR. Especialista en Administración de Servicios de Salud. Master en Gerencia de la Salud. Master en Gerencia de la Calidad. ICAP.*

*-Dr. Gerick Pastor Jiménez, Médico Evaluador, Fármaco-epidemiología, Gerencia Médica. Máster en Gerencia de la Salud, ICAP. Diplomado en Alta Gerencia Hospitalaria, INCAE/Georgetown University. Diplomado en Evaluación de Tecnologías Sanitarias, ICAP/IPEGSA. Egresado Doctorado Gestión Pública y Ciencias empresariales ICAP (...)"*

Para la atención de la Ruta, entonces, la comisión emite y entrega una propuesta de atención de la problemática de listas de espera y especialistas en función a la atención del acuerdo segundo del artículo 5, de la sesión 9333. En el que posterior a realizar un diagnóstico situacional y enlistar una propuesta de solución. Se emiten las siguientes recomendaciones, acogidas por la Junta Directiva el 18 de junio del año en curso:

*"(...) Se recomienda a la Junta Directiva que, para implementar el plan diseñado, se requiere:*



- **Con respecto al liderazgo y gobernanza de las unidades atendidas:**

- *Empoderar en el liderazgo administrativo del CENDEISSS, personal con alto conocimiento y experiencia gerencial, docente y en formación de posgrados en especialidades médicas, que generé trabajo en equipo, y logré en su personal a cargo una ruta clara, efectividad, calidad, confianza, empatía, con capacidad de adaptación al cambio y a la innovación constante, así como posibilidades de respuestas en tiempo y forma adecuada a las necesidades institucionales.*
- *Se recomienda nombrar un director ejecutivo como líder de implementación del plan diseñado*
- *Deben integrarse actividades intergerenciales que implementen un clima organizacional adecuado en el CENDEISSS*
- *Debe generarse un liderazgo institucional en procesos relacionados con la gestión de atención oportuna de las personas en especialidades médicas, a través un plan estratégico a cargo de un equipo de trabajo con amplia experiencia y formación gerencial. Es necesario que cuente con conocimiento en la red integrada de prestación de servicios de salud y su relación con la organización de hospitales y áreas de salud, y el trabajo que realizan los especialistas médicos, de manera que implemente de formar organizada y clara propuestas eficaces e innovadoras.*
- *Empoderar a través de la Gerencia Médica el liderazgo organizacional de la gestión de la atención oportuna de las personas, así como la adecuada negociación para evitar migración de especialistas de la CCSS*

- **Con respecto a las funciones de las unidades atendidas:**

- *Priorizar el diseño de procesos sustantivos básicos en la planificación, regulación, formación y distribución de especialistas del CENDEISSS, la UTLE y la CTAME, así como la clara interrelación entre esas instancias, para asegurar la adecuada gestión de recursos institucionales en tiempo y forma.*
- *Diseñar metodologías de cálculo de oferta y demanda simplificadas y estandarizadas para uso constante en los procesos sustantivos de planificación, formación y distribución.*
- *Capacitar y asegurar el conocimiento de los procesos y metodologías a los participantes de la administración activa correspondientes.*



**- Con respecto a la sistematización y análisis de datos**

- *Priorizar la automatización de procesos y metodologías relacionadas al análisis de datos de atención oportuna de las personas por especialistas, donde se integren aspectos como necesidades de formación y dotación de profesionales, y que permitan el enlace entre CENDEISSS, UTLE y CTAME en tiempo y forma adecuada.*
- *Se recomienda utilizar las tecnologías disponibles y desarrolladas por la CCSS, que asegure su uso e implementación institucional a corto y largo plazo y sean compatibles para el procesamiento de datos por medio del apoyo de DTIC.*

**- Con respecto a la regulación:**

- *Debe asegurarse la actualización y validación de documentos en tiempos y forma, y que la misma se realice al menos cada 5 años.*
- *Debe priorizarse al menos los cambios relacionados a la regulación de:*
  - *Método de ingreso a posgrados de especialidades médicas*
  - *Perfil académico de formación priorizado por la institución*
  - *Contrato de retribución social acorde a la inversión realizadas*
  - *Simplificación de trámites de capacitación y realización de pasantías*
  - *Supervisión de trámite y cumplimiento de becas y contrato de retribución*

**-Con respecto a la distribución:**

- *Priorizar en el proceso de análisis de distribución de especialistas, criterios funcionales y operativos adecuados a la situación actual de la CCSS.*
- *Incluir en el proceso de análisis de distribución de especialistas médicos, una instancia técnica con conocimiento funcional y académica en posgrados, que permita la negociación adecuada, a través de la participación de los posgrados en especialidades médicas, un representante del CENDEISSS y la Gerencia Médica.*

*Lo anterior permite que el nuevo especialista que no desea permanecer en la institución logre negociar su permanencia a través de la búsqueda de*



*alternativas viables que beneficien tanto a la población, como a la institución y al profesional.*

Dicho informe se entregó a Junta Directiva, el pasado 18 de junio 2023, acompañado de una presentación, de la cual se extrae lo antes descrito en prosa, para mejor entendimiento de las propuestas presentadas:

**Tabla N°6.1. Problemas y soluciones CENDEISSS.**

		Problema	Soluciones
A: PLANIFICACION	1. Liderazgo y gobernanza	Liderazgo fragmentado y desorganizado. Poca colaboración de solicitudes en tiempo y forma	Cambio en el liderazgo actual Gestión por procesos Empoderar equipo interventor
	2. Especialistas	A cargo DAGP, DPRSS y CENDEISSS, sin claridad perfil y sin unificar trabajo, sin metodología en conjunto.	Insumo temporal: INFORME OFERTA ACTUAL Y NECESIDADES DE DISTRIBUCIÓN Y FORMACIÓN DE ESPECIALISTAS 2023-2028 Estudio DPSS
	3. Técnicos	Sin plan capacitación técnicos críticos	Plan de formación y contratación técnicos (becas / convenios)
	4. Funciones	No procesos sustantivos descritos Tiempos prolongados de resolución, desorganización	Descripción procesos interrelacionados
	3. Capacidad instalada formativa	No metodología actualizada, no integrada a oferta universitaria	Actualizar metodología cálculo Trabajo integrado universidades Regionalización (plan piloto MFYC)
B: REGULACION	4. Sistematización y Análisis de información	Falta acceso a datos en tiempo real y sistematizar análisis	Sistematizar datos Metodología de cálculo de tiempos de atención oportuna
	5. Incentivos universitarios	Ayodos universitarios no equivalentes a aporte CCSS Pocos incentivos a ser profesores	Plan incentivos a profesores Apoyo bidireccional de la universidad equivalente Actualizar, simplificar y unificar la reglamentación relacionada a <ul style="list-style-type: none"> <li>o Pasantías</li> <li>o Formación de posgrado</li> <li>o Campos Clínicos</li> <li>o Contrato de Retribución</li> <li>o Becas</li> </ul>
C: FORMACION	1. Ingreso	Variabilidad de ingreso por universidad oferente No equitativo	Examen único
	2. Oferta disponible	No crecimiento de plazas disponibles de residentes Cerencia análisis oferta/demanda formativa No integra necesidades en perfil de formación y oferta universitaria	Análisis oferta/demanda formación Perfil de formación ajustado a necesidades institucionales
	3. Supervisión	Proceso de supervisión de posgrados requiere integrar aspectos formativos (integrarse a aspectos funcionales)	Integración de proceso de supervisión de personal con conocimiento de proceso de formación
	4. Capacitación de profesionales de apoyo	Capacitación a profesionales PNA Unidad de comunicación para formación y capacitación	Plan piloto: Curso a Médicos Generales para mejorar capacidad resolutiva Integrar cursos a otras disciplinas Unidad de comunicación para formación y capacitación
D: DISTRIBUCION DE ESPECIALISTAS	1. Contrato de retribución	Contrato de retribución no equivale a inversión de CCSS Riesgo de no recuperar inversión	Metodología de cálculo de retribución ajustada a inversión Cambio de reglamento de retribución

Fuente: Anexos del primer informe, Equipo de Intervención CENDEISSS-UTLE-CTAME.

Como se observa en la Tabla 6.1. de la presentación los problemas y soluciones se incluyeron dentro de los ejes de planificación, regulación, formación y distribución de especialistas. Para cada rubro de describió el problema encontrado por el equipo de intervención, donde según evidencia existe problemas de gestión administrativas y operativas con posibles soluciones para fortalecer dichos rubros, de cuales la que se identifica ha sido materializada es



**Tabla N°6.2. Avance Problemas y soluciones CENDEISSS.**

<b>Problema</b>	<b>Solución ejecutada</b>	<b>Observación</b>
<b>Gobernanza y liderazgo</b>	Cambio de dirección	Pendiente plan de acción
<b>Informe oferta actual y necesidades de especialistas</b>	Desconocida	Pendiente de entrega
<b>Plan de formación y contratación de técnicos</b>	Desconocida	Pendiente de entrega
<b>Descripción de procesos interrelacionados</b>	Desconocido	Pendiente de entrega
<b>Metodología trabajo integrado de universidades</b>	Desconocido	Pendiente de entrega
<b>Plan de incentivos a profesionales</b>	Desconocido	Pendiente de entrega
<b>Metodología calculo tiempo de atención oportuna</b>	Desconocido	Pendiente de entrega
<b>Actualización de reglamentos</b>	Desconocido	Pendiente de entrega
<b>Examen único</b>	Desconocido	Pendiente de entrega
<b>Análisis de oferta / demanda en formación</b>	Desconocido	Pendiente de entrega
<b>Procesos de supervisión de personal en tema de formación</b>	Desconocido	Pendiente de entrega
<b>Plan piloto: curso médicos generales (5 años)</b>	Ya inició	En proceso
<b>Cambio reglamento de retribución</b>	Desconocido	Pendiente de entrega

Fuente: Elaboración propia, seguimiento de acuerdos.

**Tabla N°7.1. Problemas y soluciones UTLE.**

 <b>UTLE</b> UNIDAD TÉCNICA DE LISTAS DE ESPERA			
Problema		Soluciones	
A: PLANIFICACION	1. Liderazgo y gobernanza	Carencia de estructura y perfil claro, necesidad de gestión con empoderamiento y liderazgo	Perfiles gestores Empoderar UTLE como líder gestor de recursos
	2. Funciones.	Recargo de funciones externas Procesos UTLE no validados, aun en descripción	Validar descripción de procesos y realizar manual de gestión Devolver actividades no correspondientes a GM
	3. Capacidad instalada	Carencia de proceso y metodología de cálculo, estudios oferta y demanda, uso en planificación Optimización de recursos	Metodología de cálculo de capacidad instalada Capacitación encargados Uso en planificación de servicios Centro Nacional de Interconsultas (Plan piloto MFYC)
	3. Sistematización y Análisis de Información	Carencia de sistema que unifique datos, acceso a datos y metodología de cálculo Carencia de protocolización de trabajo de especialidades (unificado y en usos)	Apoyo de AES (personal en unidad) Sistematizar datos Metodología de cálculo de tiempos de atención oportuna Plan piloto de criterios de referencia de MFYC
B: REGULACION	Reglamento desactualizado	Actualizar reglamento	
C: FORMACION	No integra criterios de necesidades en planificación formación	Integrar análisis en planificación de formación	
D: DISTRIBUCION	No participan en distribución, no integran criterios priorizados a emergencia y es necesario buscar alternativas para incentivar permanencia en institución	Integrar en análisis de distribución con priorización en ítems relacionados Gestor de apoyo en planificación de actividades de unidades Mecanismos de incentivos para retención de especialistas -Salario competitivo -Flexibilidad de jornadas -Mejora de ambiente laboral -Incentivos no económicos -Incentivos en carrera docente -Incentivos por investigación -Escala salarial que puedan mejorarse con aspectos como publicaciones, atención docente, participación en jornadas de apoyo, proyección social, etc. -Becas de estudio con reducción de costos por ser docente o investigador	

Fuente: Anexos del primer informe, Equipo de Intervención CENDEISSS-UTLE-CTAME.

**Tabla N°7.2. Avance Problemas y soluciones UTLE**

Problema	Solución ejecutada	Observación
Gobernanza y liderazgo	Cambio de coordinación	Pendiente plan de acción
Descripción de procesos y manual de gestión	Desconocida	Pendiente de entrega
Metodología de cálculo de capacidad instalada	Desconocida	Pendiente de entrega
Sistematización de datos con AES	Proceso	Se están ejecutando los Dashboard GM
Actualizar reglamento	Desconocido	Pendiente de entrega
Planificación de formación	Desconocido	Pendiente de entrega
Formalizar figura del gestor de apoyo	Desconocido	Pendiente de entrega

Fuente: Elaboración propia, seguimiento de acuerdos.

**Tabla N°8.1. Problemas y soluciones CTAME.**



**COMITÉ TÉCNICO DE ANÁLISIS Y ASIGNACIÓN DE  
MÉDICOS ESPECIALISTAS**



**Diagnóstico/ Soluciones**

Problema		Soluciones
A: PLANIFICACION	1. Conformación y gobernanza	Múltiples comisiones, diferentes coordinaciones, funciones no claras, falta apoyo administrativo y representación de especialistas Gobernanza unidad Cambio de integración: especialistas Asignación de tiempo a coordinador y secretaria de apoyo
	2. Funciones	Carece descripción procesos, revisión metodología con base a emergencia institucional Guía metodológica de trabajo Mejorar metodología distribución con base a emergencia
	3. Sistematización y Análisis de datos	Acceso a datos en tiempo real y análisis actualizado Sistematizar datos Metodología de cálculo de tiempos de atención oportuna
B: REGULACION.		No reglamento o manual Mejorar metodología de distribución que responda a necesidades Institucionales y al cambio propio de la dinámica de la salud humana
C: DISTRIBUCION	1. Migración de especialistas de la CCSS.	Falta unidad de seguimiento y negociación de salidas de especialistas Plan de incentivos Líder de negociación centralizada Normalizar bases de negociación

Fuente: Anexos del primer informe, Equipo de Intervención CENDEISSS-UTLE-CTAME.

**Tabla N°8.2. Avance Problemas y soluciones CTAME**

Problema	Solución ejecutada	Observación
<b>Gobernanza y liderazgo</b>	Cambio de miembros de comisión	GM-12065-2023 (8 miembros fijos y 5 de apoyo)
<b>Metodología distribución de especialistas</b>	Recibida	*Pendiente de aprobación
<b>Metodología de tiempo de atención oportuna</b>	Desconocida	Pendiente de entrega
<b>Plan de incentivos líder de negociación centralizada, normalizar bases de negociación.</b>	Proceso	Se están ejecutando los Dashboard GM

Fuente: Elaboración propia, seguimiento de acuerdos.

\*Con respecto a la metodología propuesta por el equipo interventor, ésta a la fecha no ha sido presentada formalmente ni por la Gerencia Medica o sus entes técnicos, ni por el equipo Interventor ante la Presidencia Ejecutiva y/o Junta Directiva por lo

que se recomienda, debida a las implicaciones que dicha metodología representa, como lo es el destino del recurso humano especializado, que esta sea al menos presentada ante el Consejo de Gerentes para sus respectivas observaciones y aprobación.

De igual manera, el informe contiene una propuesta para el abordaje de la temática que le fue asignado al Equipo Interventor por Junta Directiva, la *"RUTA PARA AVANZAR EN LA GESTIÓN DE LAS LISTAS DE ESPERA Y GESTIÓN DEL RECURSO HUMANO ESPECIALIZADO EN SALUD"*.

Esta se divide en una atención inmediata, donde se integran 10 actividades tácticas puntuales para atender la ruta, en función de alcanzar el plazo propuesto de 6 meses; tal y como se observa en la siguiente imagen:



Fuente: Anexos del primer informe, PPT, Equipo de Intervención CENDEISSS-UTLE-CTAME.



**Tabla N°9. Avance Problemas y soluciones CTAME**

Problema	Plazo de Ejecución	Estado de la estrategia	Observación
<b>Depuración, control y gobernanza de listas de espera.</b>	Semana 1	Proceso	Operativa continua
<b>Capacitación en red gestión, capacidad instalada.</b>	Semana 2	Pendiente de entrega	Plazo vencido
<b>Actualización rápida de capacidad instalada.</b>	Semana 2-3	Pendiente de entrega	Plazo vencido
<b>Análisis rápido oferta/demanda.</b>	Semana 2-3	Pendiente de entrega	Plazo vencido
<b>Optimización rápida capacidad instalada.</b>	Semana 2-3	Pendiente de entrega	Plazo vencido
<b>Gestión de oportunidades en red</b>	Semana 3	Pendiente de entrega	Plazo vencido
<b>Modelo de pago por resultados.</b>	Semana 1-3	Proceso	Plazo vencido
<b>Inicio de producción optimizada.</b>	Semana 4	Pendiente de entrega	Plazo vencido
<b>Protocolización de la lista de espera (tiempos, admisión, optimización)</b>	Semana 2-12	Pendiente de entrega	Plazo vencido
<b>Comunicación y transparencia de logros</b>	Semana 1-4	Pendiente de entrega	Plazo vencido

Fuente: Elaboración propia, seguimiento de acuerdos.

De lo anterior, es importante hacer notar que, en el cumplimiento de lo instruido por la Junta Directiva, el equipo interventor propone nuevamente un modelo de gestión dependiente de la velocidad de recuperación de determinantes que difícilmente a corto plazo, con la capacidad actual de respuesta institucional, permitan alcanzar la meta propuesta de atender como primera prioridad, las personas más antiguas y posiblemente más afectadas por los largos tiempos de espera.

Según lo descrito anteriormente, no sorprende que pese a ser una ruta que emerge de la atención de lo acordado en la sesión N°9333, se da por atendidas o en proceso únicamente 2 de las 10 acciones incluidas.



Llama la atención que algunas priorizaciones intrínsecas, incluidas en la presentación, requieren de análisis financieros y/o actuariales para su validación. Sin embargo, pese a que se utilizaron para definir cuales estrategias priorizar desde el estrato táctico, como parte de la atención a lo instruido estratégicamente por la Junta Directiva, dentro de "la Ruta", no figuran en el informe que le acompaña.

Es por ello, que la Presidencia Ejecutiva, al identificar el riesgo que esto podría significar para los intereses institucionales, mediante el oficio PE-3154-2023 con asunto "*Remisión de insumos técnicos utilizados para la definición de las estrategias para incremento rápido de capacidad instalada dentro de la intervención a su cargo*", solicitó una aclaración a la coordinadora del equipo interventor en los siguientes términos:

*"Esta presidencia ejecutiva requiere el envío urgente de los insumos técnicos utilizados para definir la viabilidad, factibilidad, sostenibilidad y los riesgos identificados que nutrieron y fueron utilizados para justificar las estrategias propuestas por el equipo interventor, para lograr un incremento rápido de capacidad instalada de un servicio. Y que, de manera consecuente, motivó el aval del informe "Intervención CENDEISSS-UTLE-Comisión Técnica de Distribución de Especialistas. Versión 01" por la Junta Directiva en la sesión N° 9347, celebrada el 19 de junio del año 2023.*

*Lo anterior tomando en cuenta que, pese a lo incluido en la siguiente imagen (imagen 1); extraída de la presentación realizada en los avances entregados según lo dispuesto en la sesión N° 9335, en el informe escrito que le acompaña, no se incluye o visualiza algún apartado que incluya dicha información fundamental que da el sostén y justificación de la estrategia propuesta, presentada y avalada"*

En atención de dicho oficio, se emitió por parte de la Dra. Dominique Guillén Femenias, coordinadora del equipo, el oficio GM-11785-2023, con asunto "**ATENCIÓN AL OFICIO PRIORITARIO N° PE-3154-2023 "REMISIÓN DE INSUMOS TÉCNICOS UTILIZADOS PARA LA DEFINICIÓN DE LAS ESTRATEGIAS PARA INCREMENTO RÁPIDO DE CAPACIDAD INSTALADA DENTRO DE LA INTERVENCIÓN A SU CARGO"**, mediante el cual señala lo siguiente:

*"En atención a lo mencionado en el epígrafe adjuntamos la herramienta construida mediante metodología AGILE que fue utilizada para el análisis técnico realizado de las estrategias identificadas para incrementar*



*rápida*mente la capacidad instalada institucional en el primer tiempo de abordaje.

*Con base al criterio de los expertos consultados, la priorización de las estrategias identificadas con base en el impacto sobre las listas de espera, viabilidad, factibilidad, sostenibilidad y riesgos probables que podrían tener cada una de las estrategias para reducir las listas de espera"*

Con dicho oficio se adjunta un cuadro visto en anexas, el cual no contiene la información solicitada según lo descrito previamente, por lo cual esta presidencia solicitará una ampliación que permita contar con los insumos técnicos sólidos que se analizaron de previo a emitir un criterio de viabilidad, sostenibilidad y análisis de riesgos por parte del Equipo interventor.

#### **4. REVISIÓN DE MOTIVOS DE LA DEPURACIÓN**

Es importante señalar que la depuración de las diferentes listas en un proceso operativo realizado por los Establecimientos de Salud, el cual es constante ya conforma parte integral de proceso de agendamiento, reprogramación, preparación y atención de pacientes.

En la CAJA este proceso se ha realizado históricamente como parte de dicha gestión, según se observa en el Grafico N°2, con un promedio 31 000 depuraciones anuales del periodo 2018-2022.

**Gráfico N°2. Histórico de depuraciones**



Fuente: AES, GM.



Con respecto al año 2023, en el Gráfico N°3 se observa las razones por las cuales los pacientes eligen no continuar con la programación de su intervención quirúrgica en la institución.

**Gráfico N°3. Depuración Listas de Espera.**

## Depuración de Lista de espera Quirúrgica

**Depurados en Lista de Espera Quirúrgica en 2023, por mes de depuración, Julio 2023**



**Total general**

**29.550**

Nota: Datos consultados al 1 de agosto de 2023.

Fuente: CCSS. Gerencia Médica. Área de Estadística en Salud y Unidad Técnica de Listas de Espera

Elaborado por: Presidencia Ejecutiva con datos suministrados en oficio GM-AOP-0669-2023 / GM-AES-1-1266-2023.

**Depurados en Lista de Espera Quirúrgica en 2023, según tipo de resolución. Julio 2023**



Dentro de las principales causas de depuración en el 23% de los casos, equivalente a 6,707 individuos, la principal causa fue "No desea operarse" a pesar de ser candidatos para un procedimiento.

La segunda razón predominante que representa el 19% equivalente a 5,478 casos, "Ya no necesita el procedimiento", por cambios en las condiciones médicas de los pacientes o la efectividad de tratamientos alternativos.

Otras razones significativas incluyen "Operado en otro centro" (14%) puede indicar la preferencia del paciente por otro centro médico o la recomendación de ser atendido en otro lugar y "No se localiza" (12%), sugiere un desafío en la comunicación o seguimiento de pacientes y requerimiento de actualización constante de datos.

Un 7% de los pacientes están registrados como "Fallecido", sin embargo, con los datos disponibles no es posible determinar (por falta de existencia de



interoperatividad entre sistemas), si su causa de muerte está asociada directamente con el diagnóstico por el cual está incluido en la lista de espera.

Por otro lado, un 6% de los pacientes no se sometieron a la cirugía debido a "Contraindicación Médica", lo que destaca la importancia de evaluaciones preoperatorias rigurosas.

Del mismo modo, el 6% que representan los pacientes que "no se presentan a la cirugía" puede señalar la necesidad de mejorar el proceso de orientación y comunicación con los pacientes para minimizar las inasistencias.

Es menos común que los pacientes estén "No asegurados" o que estén ausentes en charlas o exámenes preoperatorios, sin embargo, estos representan aproximadamente el 1-3% del total de los casos depurados. Estas cifras podrían indicar barreras administrativas o la necesidad de reforzar la comunicación sobre la importancia de los preparativos previos al procedimiento.

En resumen, las decisiones de los pacientes acerca de no proceder con una cirugía son multifacéticas, influenciadas tanto por razones personales como médicas. La comunicación efectiva y una comprensión profunda de sus preocupaciones podrían ser esenciales para abordar muchas de estas razones.

En la Tabla N°10 se presenta una perspectiva detallada de la evolución de las razones por las cuales los pacientes en lista de espera no han procedido con intervenciones quirúrgicas a lo largo de casi una década, según las causas de la depuración que se ha realizado en el 2023.

**Tabla N°10. Distribución de casos depurados según tipo de resolución**

Tipo de resolución	Año de ingreso a la lista de espera									Total, general
	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	
No acepta operarse en otro centro	0	0	0	1	2	1	3	4	1	12
Reiterada solicitud aplazamiento	0	0	7	25	37	40	36	72	37	254
Ausente Charla Pre-Operatoria	0	0	1	27	43	14	61	128	42	316
No Asegurado	0	0	8	47	65	46	88	61	4	319
Ausente exámenes Pre-Operatorios	0	0	10	35	86	44	63	207	28	473
Ausente cita control Pre-Operatorio	0	10	34	61	179	96	125	111	31	647
Ausente valoración preoperatoria	3	2	52	157	248	99	128	146	41	876
Atendido vía Consulta Externa	5	34	71	80	168	108	116	386	333	1301
Paciente no se presenta a la cirugía	1	0	6	48	113	166	367	704	294	1699



Tipo de resolución	Año de ingreso a la lista de espera									Total, general
	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	
Contraindicación Médica	12	24	45	176	308	156	286	509	211	1727
Fallecido	1	5	24	90	292	252	435	640	219	1958
No se localiza	10	16	113	459	678	624	597	1070	109	3676
Operado otro centro	8	2	50	201	566	542	843	1052	843	4107
Ya no necesita el procedimiento	6	50	202	514	1031	619	865	1406	785	5478
No desea operarse	29	53	238	861	1700	931	1131	1325	439	6707
<b>Total, general</b>	<b>75</b>	<b>196</b>	<b>861</b>	<b>2782</b>	<b>5516</b>	<b>3738</b>	<b>5144</b>	<b>7821</b>	<b>3417</b>	<b>29550</b>

Nota: Datos consultados al 1 de agosto de 2023.

Fuente: CCSS. Gerencia Médica. Área de Estadística en Salud y Unidad Técnica de Listas de Espera

Elaborado por: Presidencia Ejecutiva con datos suministrados en oficio GM-AOP-0669-2023 / GM-AES-1-1266-2023.

## 5. PRODUCCIÓN ENFOCADA EN LISTAS DE ESPERA

En la revisión de los datos de producción, estos datos reflejan un esfuerzo significativo por atender a los pacientes en lista de espera durante estos cuatro meses, constituyendo una parte significativa del total de pacientes atendidos, donde junio fue el mes con la mayor actividad, tanto en términos de pacientes totales como de pacientes en lista de espera.

A continuación, se realiza una descripción de estos datos:

- **Producción Total de Operaciones:**

**Tabla N°11. Producción de cirugías 2023.**

Estado en LE / y año de salida (lista de espera)	Producción de sala operaciones	Producción lista de espera
<b>Enero</b>	15,018	8,205
<b>Febrero</b>	14,921	8,485
<b>Marzo</b>	17,034	9,880
<b>Abril</b>	12,843	6,598
<b>Mayo*</b>	16,692	9,604
<b>Junio*</b>	17,147	10,036
<b>Julio*</b>	14,838	8301
<b>Total</b>	<b>108,493</b>	<b>61,109</b>

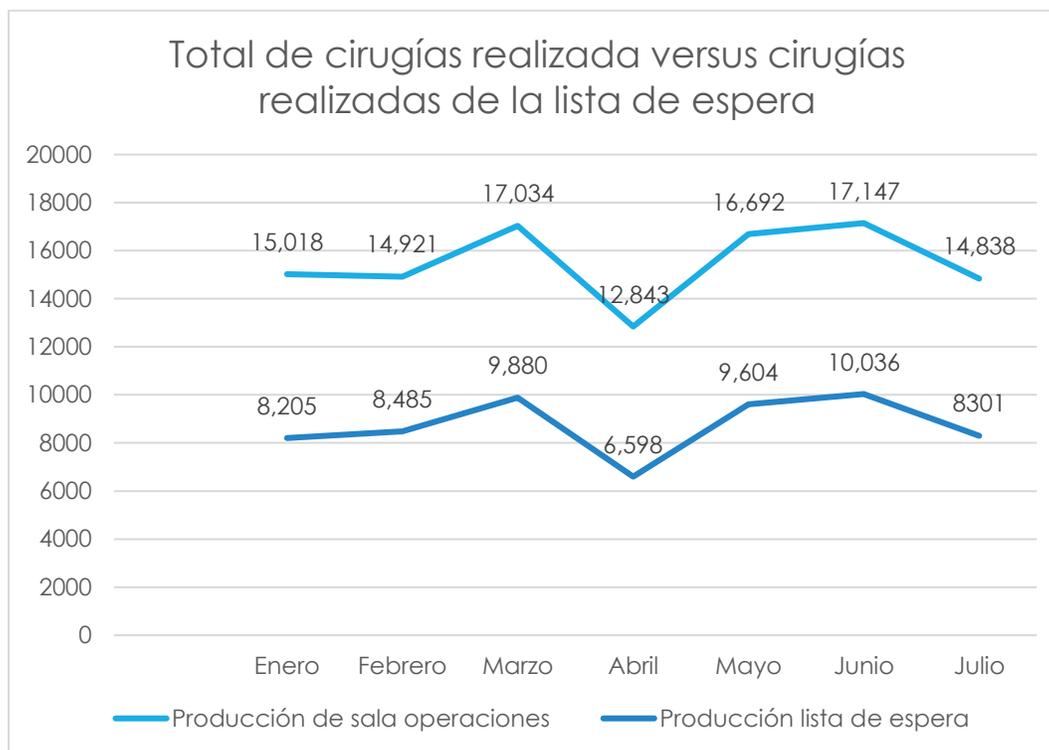
\*Ruta.

Fuente: AES-GM.



Como se observa en la Tabla N°10, de enero a julio se han realizado 108 493 cirugías de las cuales 61 109 cirugías pertenecen a la lista de espera, de las cuales 27 941 (46%) corresponden al periodo en el cual se ha desarrollado la ruta.

**Gráfico N°4. Producción quirúrgica enero a julio 2023.**



**Fuente:** AES-GM.

- **Producción de resueltos por año de ingreso a la lista de espera durante la ruta.**

En las Tablas N.11 y N.12, así como el Grafico N.5, puede observarse la resolución de casos que se ha venido logrando desde que se inició con el abordaje de la ruta, según año de ingreso previo a lista de espera, así como el impacto logrado en el porcentaje de casos pendientes desde el más antiguo al mas reciente, tanto en la lista de espera quirúrgica como en la de consulta externa.



**Tabla N.12. CCSS Casos pendientes en Lista de Espera Quirúrgica, por año de ingreso según cortes de información. Abril-Julio 2023**

<b>Año de ingreso</b>	<b>Abril</b>	<b>Mayo</b>	<b>Junio</b>	<b>Julio</b>	<b>Impacto</b>
<b>Total</b>	<b>176,883</b>	<b>176,863</b>	<b>177,076</b>	<b>175,743</b>	
<b>2015</b>	11	8	2	0	<b>100%</b>
<b>2016</b>	150	142	66	15	<b>90%</b>
<b>2017</b>	1,319	1,150	1,007	783	<b>41%</b>
<b>2018</b>	5,670	5,093	4,312	3,674	<b>35%</b>
<b>2019</b>	16,867	15,719	14,033	12,216	<b>28%</b>
<b>2020</b>	16,726	15,728	14,743	13,486	<b>19%</b>
<b>2021</b>	31,650	29,605	27,800	25,998	<b>18%</b>
<b>2022</b>	64,894	60,672	56,508	53,100	<b>18%</b>
<b>2023</b>	39,596	48,746	58,605	66,471	<b>-68%</b>

Fuente: CCSS. Gerencia Médica. Área de Estadística en Salud, GM-AES-1-1253-2023

**Tabla N.13. CCSS: Lista de espera en especialidades médicas de consulta externa, por fecha corte, según año de solicitud cita. Abril - Julio 2023**

<b>Año solicitud cita</b>	<b>30 de Abril</b>	<b>31 de Mayo</b>	<b>30 de Junio</b>	<b>31 de Julio</b>	<b>Impacto</b>
<b>Total</b>	<b>254,268</b>	<b>262,490</b>	<b>268,455</b>	<b>273,413</b>	
<b>2018</b>	103	88	73	49	<b>52%</b>
<b>2019</b>	484	392	347	216	<b>55%</b>
<b>2020</b>	1,002	759	571	431	<b>57%</b>
<b>2021</b>	11,417	10,280	9,074	7,337	<b>36%</b>
<b>2022</b>	74,440	59,804	47,975	38,347	<b>48%</b>
<b>2023</b>	166,822	191,167	210,415	227,033	<b>-36%</b>

Fuente: CCSS. Gerencia Médica. Área de Estadística en Salud, GM-AES-1-1253-2023



- **Reducción en Casos Antiguos:**

Los dos pacientes que ingresaron a la lista en 2015 fueron resueltos para julio de 2023, resolviendo el 100% en estos casos pendientes para ese año.

En similar tendencia, los ingresados en 2016 han visto una disminución de sus casos pendientes (135 casos), con un 90% menos para julio de 2023.

- **Reducción de casos en años siguientes:**

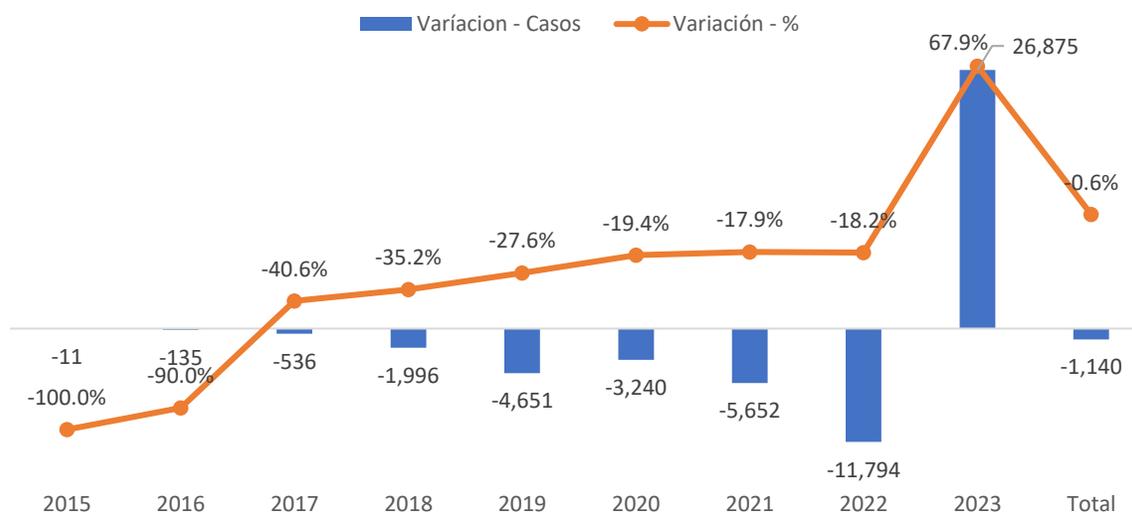
Los pacientes que ingresaron entre 2017 y 2022 han experimentado una reducción, con disminuciones del 41% y 35%, respectivamente.

Para los años 2019, 2020, 2021 y 2022, la disminución fue de 28%. 19%, 17% y 18% respectivamente.

- **Aumento en 2023:** Contrario a la tendencia de reducción de los años anteriores según registro, el año 2023 tuvo un incremento de casos en lista de espera de abril a julio de un 68%, pudiendo corresponder a múltiples factores como lo son: proyectos de consulta externa para a atención de los casos rezagados por pandemia, mejoramiento del registro de la información, agendamiento y utilización de sistemas.

**Gráfico N°5.**

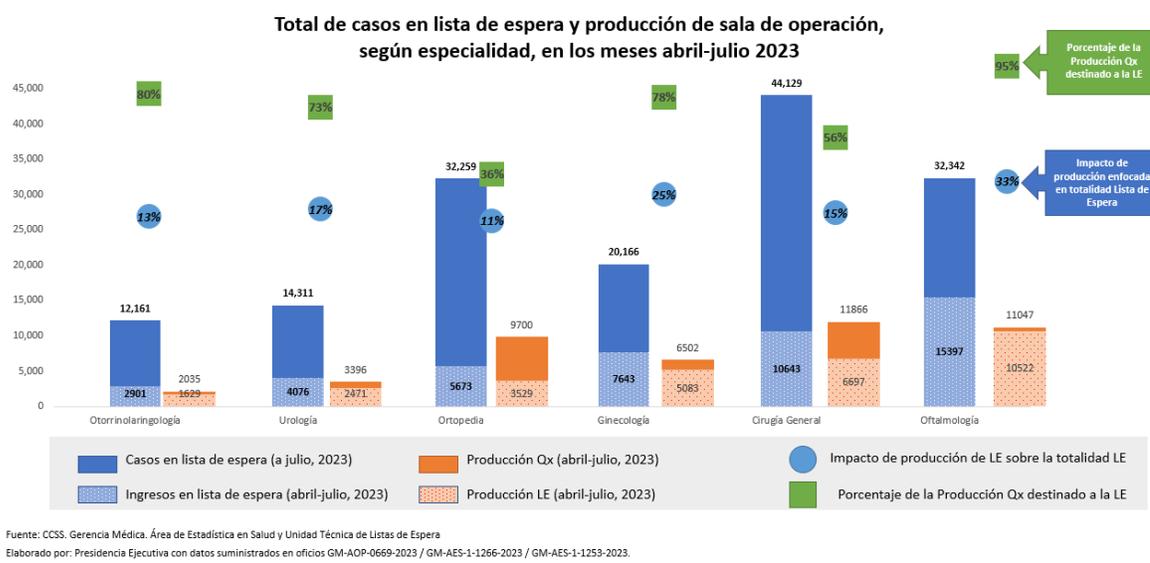
Variación Lista de Espera Quirúrgica por Año de Ingreso



**Gráfico N°6. Impacto de la Producción abril- julio 2023.**



## Impacto de la producción en la lista de espera



**Tabla N°14. Producción, Impacto y Brechas por especialidad 4 meses de gestión de "La Ruta" (Análisis Grafico N.6).**

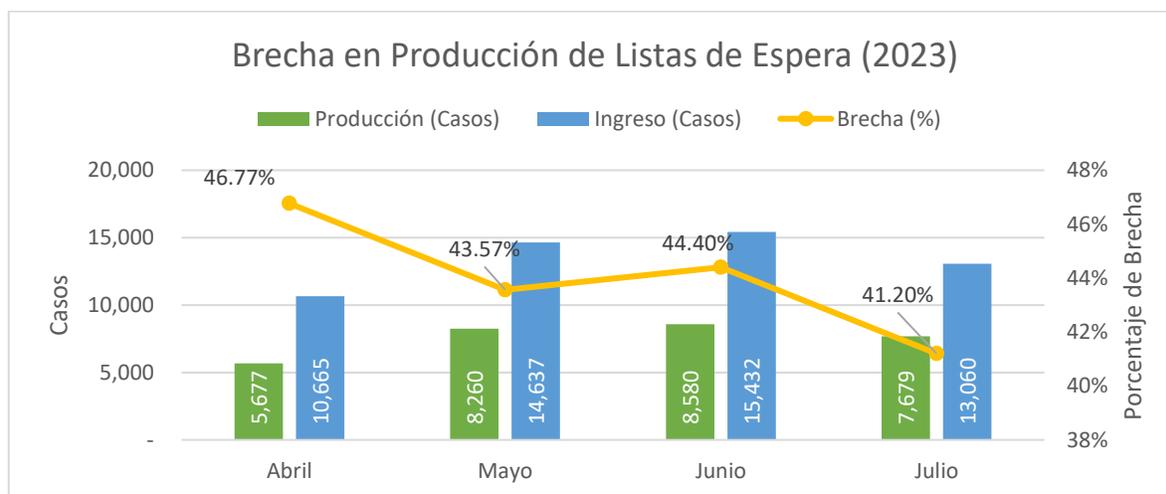
Especialidad	Análisis
<b>Otorrinolaringología</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Para el mes de julio de 2023 la lista de espera en Otorrinolaringología tiene acumulados 12,161 pacientes.</li> <li>Se ingresaron 2,901 desde abril hasta julio.</li> <li>La producción total de procedimientos en este periodo fue de 2,035 casos, de los cuales 1,629 son casos de la lista de espera, equivalente a una brecha 44%.</li> </ul>
<b>Urología</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>A Julio 2023 hay 14,311 pacientes en lista de espera de los cuales 4,076 son el acumulado de ingresos en los últimos 4 meses.</li> <li>De los 3,396 procedimientos realizados en este intervalo, 2,471 pertenecen a lista de espera quirúrgica, con una brecha de 39% de ingresos versus resueltos.</li> </ul>
<b>Ortopedia</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>La especialidad de Ortopedia tiene 32,259 pacientes en espera hasta julio de 2023.</li> <li>De estos, 5,673 son ingresos recientes y 3,529 se resolvieron de la lista de espera, equivalente a una brecha de 38%.</li> </ul>
<b>Cirugía General</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Para esta especialidad, la lista de espera hasta julio de 2023 es de 44,129 pacientes, con 10,643 ingresos recientes.</li> </ul>



	<ul style="list-style-type: none"> <li>La producción total de procedimientos fue de 11,866, de los cuales 6,697 se enfocaron en la lista, representando el 56%, con una brecha de ingresos / resueltos de 37%.</li> </ul>
<b>Oftalmología</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>La lista de espera asciende a 32,342 pacientes hasta julio de 2023, con 15,397 nuevos ingresos.</li> <li>De los 11,047 procedimientos realizados en cuatro meses, 10,522 pertenecían a lista de espera. Con una brecha de resolución de 31%.</li> </ul>

Con respecto al impacto de la producción generada durante los meses abril y julio en el Grafico N.7. puede observarse la brecha existente entre los nuevos ingresos y los egresos de la lista de espera, siendo que para este periodo se obtuvo una brecha superior a 40% en promedio.

**Gráfico N°7. Impacto de la Producción abril- julio 2023**



**Fuente:** CCSS Ingresos a Lista de Espera y Producción Quirúrgica Julio 2023 AES

Tal y como se observa en el Grafico N.7., la producción actual 24/7 de cirugías provenientes de la lista de espera, incluso con los proyectos que se realizan en tiempo extraordinario, no logra compensar el número de nuevos registros que ingresan a lista de espera cada mes con los recursos disponibles actualmente. Esta situación obliga a la sumatoria estratégica de nuevas formas de atención que amplíen la capacidad y la velocidad de resolución de casos en espera.



Tal y como se muestra en el Gráfico N°8, la atención a pacientes en lista de espera es una actividad que se lleva a cabo de manera constante y extendida, demostrando un esfuerzo institucional continuo para extender esta producción en las diferentes jornadas laborales, sin embargo como se indicó anteriormente es insuficiente, no cubre la brecha y no asegura la resolución de los casos antiguos.

**Gráfico N°8. Producción según jornada de trabajo.**

### Producción de casos de lista de espera Qx, según tipo de jornada laboral

**Producción de sala de operación y producción de lista de espera según jornada. Abril-Julio 2023**



Nota: Datos consultados al 1 de agosto de 2023.

Fuente: CCSS. Gerencia Médica. Área de Estadística en Salud y Unidad Técnica de Listas de Espera

Elaborado por: Presidencia Ejecutiva con datos suministrados en oficio GM-AOP-0669-2023 / GM-AES-1-1266-2023.

**Fuente:** CCSS. Gerencia Médica. Área de Estadística en Salud y Unidad Técnica de Listas de Espera Elaborado por: Presidencia Ejecutiva con datos suministrados en oficio GM-AOP-0669-2023 / GM-AES-1-1266-2023.

La mayor parte de la atención se realiza en horario ordinario, pero existe una notable producción en jornadas extraordinarias y otras jornadas:

- **Jornada Ordinaria:** La mayoría de las atenciones a pacientes en lista de espera se llevó a cabo durante la jornada ordinaria, representando un 70.38% del total.

Esto sugiere que la atención de pacientes en lista de espera es una actividad central y regular durante el horario de trabajo estándar.

- **Jornada Extraordinaria:** Un porcentaje considerable de las atenciones, el 25.54%, se realizó durante la jornada extraordinaria.



Esto indica un esfuerzo adicional por parte del personal médico y del centro de salud para atender la demanda de pacientes en lista de espera, probablemente debido a la urgencia o a la acumulación de casos.

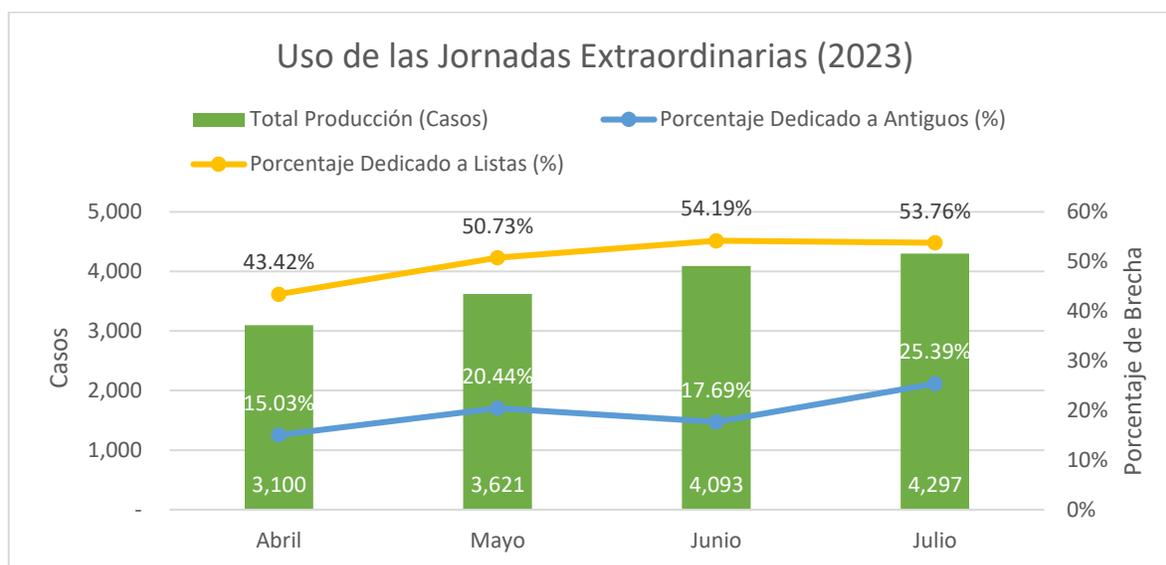
- **Otra (sin registro):** Un 4.08% de las atenciones se llevó a cabo en lo que se clasifica como "Otra" jornada laboral.

Esto podría referirse a horarios especiales, jornadas de fin de semana o cualquier otro horario que no se ajuste a las categorías tradicionales de "Ordinario" o "Extraordinario". La proporción es menor en comparación con las otras dos categorías, pero todavía representa un esfuerzo adicional para atender a pacientes en lista de espera.

En el Gráfico N°9 se observa lo siguiente:

- Número de cirugías realizadas en jornada extraordinaria.
- Total de casos resueltos en dicha jornada.
- Porcentaje de casos provenientes de la lista de espera quirúrgica.
- Porcentaje de casos antiguos que se resolvieron en esa jornada.

**Gráfico N°9. Uso de jornadas extraordinarias.**



**Fuente:** CCSS Ingresos a Lista de Espera y Producción Quirúrgica Julio 2023 AES

En jornada extraordinaria entre los meses abril a julio, meses correspondientes a la ruta, se realizó un promedio de 3 777 cirugías por mes, de las cuales 50.5% del total



de cirugías correspondió a casos provenientes de la lista de espera quirúrgica. Y de ese porcentaje, únicamente se destinó a casos antiguos un aproximado del 19% de la producción, lo cual, pese a su comportamiento ascendente en este periodo, es insuficiente para asegurar la resolución del rezago.

- **Proyectos de jornadas de producción**

En lo que se refiere al estado de las jornadas que se realizan en tiempo extraordinario mediante el pago por destajo de la Gerencia Medica-UTLE, mediante oficio GM-AOP-669-2023, se han aprobado un aproximado de 280 proyectos, de los cuales 126 corresponden a jornadas de procedimientos, 96 a jornadas de cirugía y 58 a jornadas de consulta externa.

Mediante oficio GM-AOP-0669-2023/GM-AES-1-1266-2023, se emitió información referente al presupuesto asignado para la ejecución de proyectos. Dicho oficio evidencia que la UTLE tiene asignado un presupuesto 2023 aproximado de ₡43,282.13 millones, de los cuales ha modificado ₡19,436.48 millones en el abordaje de las jornadas para la atención de listas de espera, con un pendiente aproximado de ejecutar ₡23,302.76 millones.

La magnitud de estas cifras, al ser en millones, muestra la amplitud y escala del desafío administrativo y operativo enfrentado.

- **Presupuesto de Proyectos**

Estos montos se pueden dividir según el año de aprobación de la jornada:

<b>Año</b>	<b>Ejecución</b>
<b>2021</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• De las jornadas aprobadas en este año, se asignó un total de 16.517,72 millones de colones.</li><li>• De esta cantidad asignada, 11.138,13 millones de colones han sido modificados, dejando pendiente un total de 5.179,59 millones de colones.</li></ul>
<b>2022</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Se asignaron 13.581,44 millones de colones.</li><li>• Sin embargo, de esta cifra, 7.946,45 millones de colones fueron modificados, lo que deja una cantidad pendiente de 5.434,99 millones de colones.</li></ul>
<b>2023</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Hasta ahora, se han asignado 13.039,60 millones de colones en este año, con solo una pequeña porción (351,42 millones de colones) siendo modificada.</li></ul>



- Esto deja un notable total pendiente de 12.688,18 millones de colones.

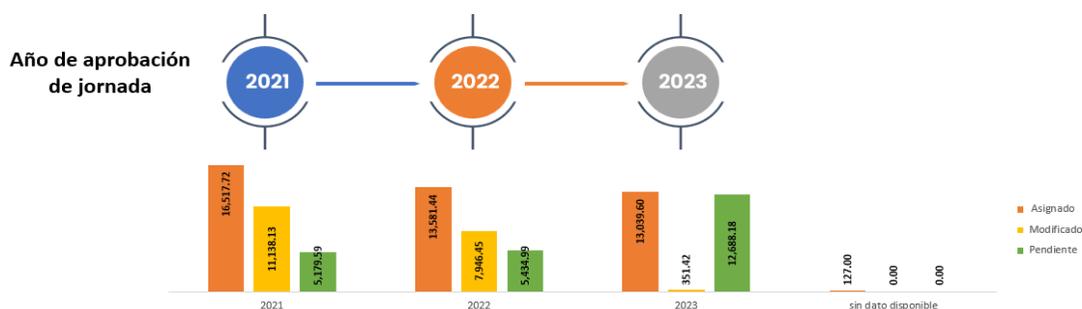
Hay 127 millones de colones que se han asignado, pero no han sido clasificados por año. Ninguna cantidad de esta total ha sido modificada, lo que significa que el total pendiente sigue siendo de 127 millones de colones.

El total general de montos asignados desde 2021 hasta 2023 suma a 43.265,76 millones de colones. De esta cifra, 19.436 millones de colones han sido modificados. La cantidad pendiente de revisión o modificación es de 23.302,76 millones de colones. Esto es un poco más del 50% del total general asignado.

**Gráfico N°11. Presupuesto de proyectos.**

### Presupuesto asignado a los proyectos 2021-2023

Tipo de jornada	Total Asignado 2021-2023	Total Modificado 2021-2023	Total Pendiente
Cirugía	28,304.23	13,922.81	13,981.43
Consulta Externa	5,400.82	1,248.92	4,151.90
Consulta Externa/ Procedimiento	783.60	0.00	783.60
Procedimiento	8,481.38	4,237.58	4,243.80
Tiempo Extraordinario	141.00	26.10	114.90
Sin datos disponibles	154.73	0.59	27.14
<b>Total general</b>	<b>43,265.76</b>	<b>19,436.00</b>	<b>23,302.76</b>



Fuente: Unidad Técnica de Listas de Espera  
 Elaborado por: Presidencia Ejecutiva con datos suministrados en oficio GM-AOP-0669-2023 / GM-AES-1-1266-2023.

Dado el volumen de pendientes y el drástico descenso en las modificaciones en 2023, es crucial entender los cuellos de botella o desafíos administrativos que podrían estar impidiendo la atención eficiente de estas jornadas

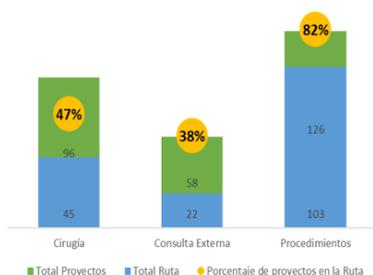
**Gráfico N°10. Proyectos de Producción.**

**Estado de jornadas de UTLE**

Servicio/especialidad	Aprobada	En proceso	Declinada	Sin estado	Total general
Cirugía	96	10	2	7	115
Consulta Externa	58	6	11	3	78
Procedimientos	126	17	15	1	159
<b>Total general</b>	<b>280</b>	<b>33</b>	<b>28</b>	<b>11</b>	<b>352</b>

Servicio/especialidad	Aprobada	En proceso	Declinada	Sin estado	Total general
Consulta Externa	22	5		3	30
Oftalmología	13	1		1	15
Ortopedia	5	2		2	9
Urología	4	2			6

**Total Jornadas aprobadas y enfoque a las especialidades de la ruta**



Servicio/especialidad	Aprobada	En proceso	Declinada	Sin estado	Total general
Cirugía	45	3		7	55
Cirugía General	14	1		3	18
Oftalmología	15	2		2	19
Ortopedia	16			2	18

Servicio/especialidad	Aprobada	En proceso	Declinada	Sin estado	Total general
Procedimientos	103	16	11	1	131
Cardiología	23	5	5		33
Gastroenterología	22	2		1	25
Radiología	58	9	6		72

Fuente: Unidad Técnica de Listas de Espera  
Elaborado por: Presidencia Ejecutiva con datos suministrados en oficio GM-AOP-0669-2023 / GM-AES-1-1266-2023.

**6. PROYECCIÓN DEL COMPORTAMIENTO Y AVANCE EN LA ATENCIÓN DEL ACUERDO**

Mediante oficio PE-3092-2023 se solicitó a la Gerencia Médica y al Área de Estadística en Salud que:

*“...en función de los resultados obtenidos hasta el momento, dentro del marco de atención de día ruta para avanzar en la gestión de listas de espera, enviar a esta Presidencia Ejecutiva con carácter prioritario y según la tendencia mostrada de los últimos 3 meses, el tiempo estimado que tardaría la institución para alcanzar la meta propuesta de reducir el 25% y el 50% en el tiempo promedio de espera a nivel nacional. Así como la producción esperada por mes, por centro para cumplir con dichos objetivos”.*

Ante la solicitud, se recibió el oficio GM-AES-1-1249-2023, fechado 09 de agosto del 2023, se informa que:



*"...en el proceso de dar atención a lo solicitado en oficio de cita, se identificó la necesidad de ajustar modelos de proyección (al menos tres modelos para listas de espera quirúrgica, consulta externa y procedimientos) que estimen el tiempo que tardaría la Institución en alcanzar las metas; así como la producción que los establecimientos de salud deberían alcanzar para cumplir estos objetivos planteados en el acuerdo de Junta Directiva en artículo 2° de la sesión N°9323, celebrada el 30 de marzo del año 2023."*

La solicitud reciente pone de manifiesto una falta de proactividad o alineación en las áreas involucradas en función de los objetivos aprobados por la Presidencia Ejecutiva y Junta Directiva, respecto a la Ruta para avanzar en listas de espera, ya que tres meses después de emitido el acuerdo no se han adaptado los modelos de proyección con la rapidez necesaria para alcanzar las metas.

Esta situación limita la obtención de información vital en el momento adecuado, además de que no permite visualizar con controles adecuados las metas mínimas mensuales a establecer por centro y por la institución para poder alcanzar las metas propuestas, esencial para evaluar los avances actuales y planificar futuras estrategias. Además, esto plantea dudas sobre la gestión oportuna y evaluación de resultados de la Gerencia Médica para determinar si los logros recientes están alineados con el objetivo propuesto.

De enero a julio 2023 (con 3 meses desde la aprobación de la ruta) se reporta una producción 61 109 cirugías resueltas de casos provenientes de la lista de espera, con un promedio de 8730 cirugías por mes, estimándose (según el histórico de este periodo), podría alcanzarse un aproximado de 104 758 procedimientos, sin embargo, el acumulo generado en esos años seguiría en rezago.

## **7. EVALUACIÓN DE LAS ESTRATEGIAS PROPUESTAS Y LA ARTICULACIÓN TACTO-OPERATIVO INSTITUCIONAL. (RESULTADOS DE LA MATRIZ)**

Mediante oficio PE-3166-2023, la Presidencia solicitó a los directores de los Hospitales Nacionales, Hospitales Periféricos, Hospitales Regionales y Centros Especializados con participación en la Ruta, remitir, las acciones y estrategias de atención propuestas por cada centro, frente a los compromisos adquiridos.

Lo anterior, con el objetivo de conocer y valorar las diferentes iniciativas propuestas desde cada uno de los centros a fin de identificar oportunamente las buenas prácticas, oportunidades de colaboración y/o necesidad de intervención para



propiciar el uso eficiente de los recursos con que se cuenta para la atención de las listas de espera ante la emergencia Institucional, así como para medir la capacidad de respuesta táctico estratégica institucional, ante las necesidades locales expuestas en las diferentes solicitudes realizadas.

Como parte de dicha solicitud, se incluyó la petición de información referente a la capacidad instalada (quirófanos y salas de procedimiento o cirugía menor que requiera algún tipo de sedación o anestesia) incluyendo el recurso humano especializado en radiología y anestesiología, con que actualmente cuentan sus unidades.

- ***Sobre los proyectos 2021-2023***

Según se informa mediante oficio GM-AOP-0669-2023 / GM-AES-1-1266-2023 emitido por la UTLE en repuesta al PE-3175-2023, a continuación, la Tabla N.14 y N.15, muestra la inclusión proyectos e impacto esperado en concordancia con la Ruta aprobado por la Junta Directiva:

**Tabla N°15.** *Número de Proyectos de Jornadas de Producción 2022-2023 registrados en la UTLE por fecha de registro de menor antigüedad incluida*

<b>Año de ingreso a la LE</b>	<b>Cirugías</b>	<b>Consulta Externa</b>	<b>Procedimientos</b>	<b>% distribución</b>
<b>2016</b>	1	0	0	<b>41%</b>
<b>2017</b>	11	2	1	
<b>2018</b>	29	6	4	
<b>2019</b>	26	5	3	
<b>2020</b>	9	1	4	
<b>2021</b>	4	15	24	
<b>2022</b>	13	27	67	<b>30%</b>
<b>2023</b>	1	5	11	<b>5%</b>
<b>Sin registro</b>	<b>22</b>	<b>18</b>	<b>45</b>	<b>24%</b>

Fuente: GM-AOP-0669-2023 / GM-AES-1-1266-2023



**Tabla N°16.** Estado de la Solicitudes de Proyectos de Jornadas de Producción según registro y consolidado de la UTLE 2023

Estado de las solicitudes	Cirugías	Consulta Externa	Procedimientos	Total
<b>Aprobadas</b>	96	58	126	280
<b>Declinadas</b>	2	11	16	29
<b>En proceso</b>	10	6	17	33
<b>Sin registro</b>	8	3	1	12
<b>Finalizadas abril 23</b>	<b>13</b>	<b>1</b>	<b>14</b>	28

Fuente: GM-AOP-0669-2023 / GM-AES-1-1266-2023

Considerando la capacidad instalada del centro, la disponibilidad de especialistas y la anuencia de éstos a participar de los proyectos propuestos por cada centro; de acuerdo con la información suministrada, en el presente año se han emitido un total de 92 proyectos o iniciativas ante la UTLE-Gerencia Medica.

Del total propuestas, 85 han solicitado aval ante la Unidad Técnica de listas de espera, siendo aprobadas 50 las cuales a su vez están en proceso de ejecución por parte de los centros, quedando aún pendiente de aprobación 35 de ellas (50% más que las indicadas por la UTLE), cabe destacar que las jornadas de producción constituyen la estrategia de preferencia por los centros de salud, ante otras actividades que se realizan como la reorganización de los servicios y jornadas laborales para la maximización de los recursos disponibles, así como la depuración de casos.

**Tabla N°17.** Uso de jornadas extraordinarias.  
**(Informe sobre los proyectos según PE-3166-2023)**

NUMERO DE PROYECTOS EMITIDOS	APROBADOS	PENDIENTES DE APROBACIÓN
<b>92</b>	<b>50</b>	<b>35</b>

Fuente: Consolidado, PE-3166-2023.



**Tabla N°18. Uso de jornadas extraordinarias.**  
**(Informe sobre los proyectos según PE-3166-2023)**

Distribución de iniciativas gestionadas por los Centros de Salud ante la UTLE					
Up	Unidad	Proyectos emitidos	Aprobados	Pendientes de aprobación	Causa principal
2208	Hospital San Vicente Paul	6	6	0	
2401	Hospital San Carlos	15	0	15	Pendiente de respuesta UTLE
2308	Hospital Max Terán Vals	2	0	2	Pendiente de respuesta UTLE
2306	Hospital Maximiliano Peralta	4	4	0	
2205	Hospital San Rafael Alajuela	4	3	1	Pendiente de respuesta UTLE
2202	Hospital Nacional Geriátrica y Gerontología	1	1	0	Oftalmología
2315	Área Salud Marcial Fallas	0	0	0	
2307	Hospital William Allen Taylor	3	2	1	Pendiente de respuesta UTLE el de ortopedia
2102	Hospital San Juan de Dios	4	0	4	Pendiente de respuesta UTLE
2504	Hospital de Upala	0	0	0	
2602	Hospital de Guápiles	4	4	0	
2704	Hospital de Ciudad Neilly	2	1	1	
2206	Hospital San Francisco de Asís	3	3	0	
2705	Hospital Juana Pirola San Vito	0	0	0	
2601	Hospital Tony Facio*	2	0	0	En proceso de envío
2101	Hospital Rafael Ángel Calderón Guardia	4	0	4	Pendiente de respuesta UTLE
2501	Hospital Monseñor Sanabria	7	2	5	Recién solicitud 8/8/2023
2207	Hospital Monseñor Sanabria	17	17	0	
2702	Hospital Manuel Mora Valverde	1	1	0	
2555	Área de Salud Cañas	0	0	0	Lista al día
2631	Área de Salud Siquirres	0	0	0	
2703	Hospital Tomás Casas Casajus	0	0	0	Lista al día
2402	Hospital Los CHILES*	5	0	0	Coordinación en nodo



Distribución de iniciativas gestionadas por los Centros de Salud ante la UTLE					
Up	Unidad	Proyectos emitidos	Aprobados	Pendientes de aprobación	Causa principal
2502	Hospital Enrique Baltodano Briceño	6	6	0	
	CENARE	2	0	2	

Fuente: Consolidado oficios de atención al PE-3166-2023

En atención al objetivo de la información solicitada mediante los oficios PE-3175-2023 y PE-3166-2023 así como lo contemplando el contenido de las Tablas N°15, 16,17 y 18, según el análisis respectivo de dicha información se concluye lo siguiente:

- 1.Existen inconsistencias entre la información brindada por los centros y la información emitida por la UTLE, respecto a la ejecución, solicitud, aprobación y rechazo de proyectos.
2. No se documenta el aval de ninguna otra estrategia adicional a los proyectos de jornadas de producción para avanzar con las metas propuestas de gestión de la lista de espera.
3. Del total de proyectos en ejecución 41% incluyen pacientes 2016-2021. Y 24% no registra la población meta.

Por lo anterior, se solicitará actualización de la información al ente correspondiente.

De la recolección de dicha información además de constatarse el pendiente de aprobación de algunos proyectos por parte de la UTLE, se concluye la necesidad de contar con protocolo de depuración, debidamente revisado por la Dirección Jurídica, así como plazos de garantía para resolución de pacientes, y la viabilidad de un reglamento o instructivo de proyectos que establezca los requisitos mínimos de cumplimiento por las unidades y por la UTLE.



- **Sobre los quirófanos**

Con respecto a la disponibilidad de quirófanos que podrían ser utilizados para la resolución de la lista de espera, o que actualmente se encuentran en condición ociosa, según la información emitida se logró identificar que del total de centros que emitieron la información de manera oportuna, existe disponibilidad de 26 quirófanos sin uso, donde la carencia de recurso humano asociado a especialistas de anestesiología fue la principal causa de que actualmente no se utilicen ni en jornada ordinaria o jornada extra ordinaria.

Es importante mencionar que los centros a su vez cuentan con salas de menor complejidad, pero para poder ser utilizadas en mucho de los casos, es requerida la presencia de un anestesiólogo para inducir la sedación de los pacientes con el monitoreo recomendado, lo cual es necesario en procedimientos tales como colonoscopías, biopsias o gastroscopías, sin embargo, el contar con un limitado recurso de anestesiólogos, genera que deba cerrarse en ocasiones un quirófano para cubrir estos procedimientos. De la misma manera, sino se asigna el recurso de anestesia a estos procedimientos, la sala de complejidad menor no es utilizada y consecuentemente existe prolongación de los plazos de esos procedimientos.

**Tabla N°19.** Recurso humano y recurso infraestructura sala de operaciones según informe PE-3166-2023

Número de Anestesiólogos según las horas contratadas por jornada	Total de Quirófanos	Número de quirófanos en uso	Numero de quirófanos disponibles	Numero Quirófanos Procedimientos menores	Número salas disponibles procedimientos menores
<u>174</u>	<u>150</u>	<u>123</u>	<u>27</u>	<u>36</u>	<u>10</u>

Fuente: Consolidado, PE-3166-2023.



**Tabla N°20.** Distribución del recurso humano de anestesia según consolidado PE-3166-2023.

Horas Contratadas por día	Total, de anesthesiólogos
8	144
6	15
4	15
2	0
<b>Total</b>	<b>174</b>

Fuente: Consolidado PE-3166-2023

**Grafico N°20.** Recurso de Anestesia



Fuente: Consolidado PE-3166-2023



**Tabla N°21.** Distribución del recurso humano de anestesia por Centro según consolidado PE-3166-2023.

Centro	Número de Anestesiólogos por Centro independientemente de las horas contratadas
Hospital Rafael Angel Calderón Guardia	30
Hospital San Juan de Dios	24
Hospital San Vicente Paul	17
Hospital Maximiliano Peralta	18
Hospital San Rafael Alajuela	16
CENARE	8
Hospital Monseñor Sanabria	7
Hospital San Carlos	6
Hospital Enrique Baltodano Briceño	6
Hospital Guápiles	5
Hospital Tony Facio	5
Hospital Carlos Luis Valverde Vega Sn Ramón	5
Hospital San Francisco de Asís	4
Hospital La Anexión	4
Hospital Max Terán Vals	3
Hospital Nacional Geriátría y Gerontología	3
Hospital William Allen Taylor	2
Hospital Los CHILES	2
Hospital Juana Pirola San Vito	2
Hospital Ciudad Neilly	2
Área de Salud Siquirres	1
Hospital Tomás Casas Casajús	1
Hospital Upala	1
Hospital Manuel Mora Valverde	1
A.S. Cañas	1
<b>Total</b>	<b>174</b>

*Fuente: Anexo Consolidado informe, PE-3166-2023.*



- **Sobre el recurso de radiología**

Finalmente, se consultó a las unidades por la disponibilidad del recurso humano de radiología, lográndose documentar en muchos de los casos que sin importar el número de EBASIS o Áreas de Salud de referencia a los hospitales ó Áreas de Salud tipo 3, solo cuentan con un recurso especializado en radiología.

**Tabla N°22.** Disposición del recurso humano de radiología según informe PE-3166-2023

Horas Contratadas	Total, Radiólogos
<b>8</b>	<b>76</b>
<b>6</b>	<b>16</b>
<b>4</b>	<b>13</b>
<b>2</b>	<b>0</b>
<b>TOTAL</b>	<b>105</b>

Fuente: Consolidado, PE-3166-2023

**Tabla N°23.** Disposición del recurso humano de radiología según informe PE-3166-2023

Centro de Salud	Radiólogos contratados 8 horas	Radiólogos contratados 6 horas	Radiólogos contratados 4 horas	Total
Hospital Calderón Guardia	12	1	4	17
Hospital San Vicente Paul	8	1	0	9
Hospital Maximiliano Peralta	7	1	2	10
Hospital San Rafael Alajuela	7	0	1	8
Hospital San Juan de Dios	6	4	1	11
Hospital Enrique Baltodano Briceño	4	0	0	4
Hospital Monseñor Sanabria	4	0	1	4
Hospital Nacional Geriatria y Gerontología	3	0	0	3



Centro de Salud	Radiólogos contratados 8 horas	Radiólogos contratados 6 horas	Radiólogos contratados 4 horas	Total
Hospital Guápiles	3	0	0	3
Hospital Tony Facio	3	0	0	3
Hospital Carlos Luis Valverde Vega Sn Ramón	3	0	1	4
Hospital William Allen Taylor	2	1	1	4
Hospital San Carlos	1	4	1	6
A.S. Cañas	1	1	0	2
Área Salud Marcial Fallas	1	0	1	2
Hospital Golfito	1	0	0	1
A.S. Mata Redonda Hospital	1	0	0	1
Hospital Max Terán Vals	1	0	0	1
Hospital Tomás Casas Casajus	1	0	0	1
Hospital Los Chiles	1	0	0	1
Hospital Juana Pirola San Vito	1	0	0	1
Hospital Upala	1	0	0	1
Hospital Ciudad Neilly	1	0	0	1
Hospital San Francisco de Asís	1	1	0	2
Hospital La Anexión	1	1	0	2
CENARE	1	1	0	2
<b>Total</b>	<b>76</b>	<b>16</b>	<b>13</b>	<b>104</b>

Fuente: Consolidado, PE-3166-2023.

Como logra observarse en la Tabla N.23, mas del 50% de los centros que emitieron la información tiene de 1 a 2 radiólogos para la atención de la demanda de estudios radiodiagnósticos tanto del centro como las áreas de salud, emergencias, EBAIS, Medicina Mixta y Medicina de Empresa de referencia.

Del total de los centros que emitieron la información 9 especialistas realizan teletrabajo al menos 1 día a la semana, 10 radiólogos realizan al menos 2 días a la semana teletrabajo, 8 radiólogos realizan al menos 3 días de teletrabajo.

Dentro de las actividades que realiza el radiólogo, y que deberán distribuirse en su tiempo contratado están:

- ✓ Ultrasonidos de diferentes partes de cuerpo y su reporte.
- ✓ Reporte de mamografías.
- ✓ Reporte de TAC varios y TAC oncológico.
- ✓ Reporte de algunos estudios convencionales (radiografías varias).



- ✓ Realización y reporte de fluoroscopia.
- ✓ Radiología intervencionista (para la toma de biopsias viscerales y hemodinamia).
- ✓ Toma Biopsias con aguja fina.
- ✓ Cobertura de guardias y/o disponibilidades.
- ✓ Participación en proyectos.

Bajo este contexto es de suponer el aumento de casos de la lista de espera de procedimientos radio diagnósticos, desde el punto de vista de oferta/demanda.

Con el fin de reforzar y enriquecer el análisis del recurso humano limitado se solicitó mediante el oficio PE-2922-2023 lo siguiente:

*"Para llevar a cabo esta tarea de la manera más eficiente posible, requerimos de su asistencia para obtener ciertos conjuntos de datos que son de vital importancia para nuestro análisis.*

*En particular, solicito la siguiente información de las especialidades objeto de la ruta:*

*1. Programación referente a las agendas de los médicos especialistas del año 2023, desglosada por centro, servicio y especialidad:*

*A. Cantidad de especialistas con agendas generadas por centro, servicio y especialidad.*

*B. Desglose del tiempo laboral invertido por semana de cada médico especialista y distribuido según las siguientes categorías:*

- a. Consulta Externa*
- b. Sala de Operaciones y bloqueos relacionados*
- c. Interconsultas*
- d. Hospitalización*
- e. Procedimientos*
- f. Sesión, docencia y comisiones (disgregar dato).*

*2. Histórico de la información solicitada en el punto anterior.*

*3. Cupo nuevo disponible más lejano por especialidad y según prioridad*

*4. Número de especialistas contratados por centro sin agenda generada. Ejemplo anestesiólogos, médicos administrativos, etc.*

*5. Casos pendientes y promedios de espera (anual) en Lista de Espera Quirúrgica por año de ingreso a la lista, según especialidad y establecimiento de salud. Cortes en abril, mayo, junio, julio.*

*6. Total, de intervenciones quirúrgicas por centro, servicio y especialidad*



- a. *Cantidad por día*
- b. *Tipo de cirugía*
- c. *Desglose por ordinario y extraordinario*

Sin embargo, al cierre del informe, no se contó con la información solicitada, la cual se recomienda ser analizada por la Gerencia Medica como ente responsable del proceso.

Finalmente, mediante PE-3139-2023 se solicitó a Dra. Flavia Solórzano Morera, Coordinadora Unidad Técnica De Listas De Espera, Dr. Gonzalo Azúa Córdoba, Director Proyecto Fortalecimiento Atención Integral Del Cáncer, Dra. Dominique Guillén Femenias, Coordinadora Comisión Cardiológica Grupo Interventor lo siguiente:

*"...con el fin de esclarecer algunos detalles de la gestión de los casos mencionados en el epígrafe, debido al alto riesgo de afectación de la salud de las personas mientras esperan y a propósito de la prioridad, eficiencia y eficacia con que debemos de atender el grupo de patologías que sufren estos usuarios, se les solicita enviar la siguiente información acerca del manejo institucional de las listas de espera cardiorádica (cirugía de tórax, cardiología y cardiovascular) y oncológica:*

- 1. ¿Se cuenta con una lista de espera única, digitalizada, estandarizada y priorizada a nivel institucional para la resolución de casos en estas especialidades?*
- 2. ¿Se cuenta con protocolos de manejo institucional que envuelvan, todas las patologías oncológicas y cardiorádicas?*
- 3. ¿Se cuenta a nivel institucional, con una gestión por procesos estandarizados desde el ingreso del paciente al sistema, hasta la resolución de los casos que permita la trazabilidad y garantice la oportunidad en la atención y resolución?*
- 4. Enlistar puntualmente las acciones realizadas por las unidades a su digno cargo para abordar la problemática identificada en la atención oportuna de estos casos.*
- 5. Anexar a la respuesta del presente oficio, una certificación con el número de casos pendientes al día de hoy por resolver, en las 3 líneas de atención (consulta externa, cirugía y procedimientos diagnósticos) y por año de ingreso a la lista de espera.*
- 6. Tiempo estimado para resolver el 100% de los casos identificados en espera con la tendencia de resolución actual."*

En atención de lo anterior se recibieron las siguientes respuestas:

- a) GM-AOP-0658-2023, con asunto "RESPUESTA A OFICIO PE-3139-2023 SOBRE INFORME SOBRE SITUACIÓN ACTUAL LISTA DE ESPERA CARDIORÁDICA Y ONCOLÓGICA EN LOS HOSPITALES-CCSS", suscrito por Dras. Flavia Solórzano Morera, Coordinadora de la UTLE y miembro del equipo interventor y Dominique Guillén Femenias, Coordinadora Equipo Interventor.
- b) GM-UEP-0299-2023 / GM-CTC-0137-2023 con asunto "Atención oficio PE-3139-2023 "Informe Sobre Situación Actual Lista De Espera Cardiorádica y Oncológica



en los Hospitales-CCSS" suscrito por Dr. Gonzalo Azúa Córdova, Director Ejecutivo, Proyecto de Fortalecimiento de la Atención Integral del Cáncer Coordinación Técnica del Cáncer.

De ambos documentos se concluye lo siguiente:

- No se logró constatar que se cuenta con una lista de espera digitalizada, estandarizada y priorizada a nivel institucional para la resolución de casos oncológicos y cardíacos.
- No se logró identificar se cuente con protocolos estandarizados institucionales para el manejo de las patologías oncológicas y cardio torácicas.
- No logró constatarse trazabilidad en a la gestión de los casos que garantice oportunidad en la atención de las patologías oncológicas y cardio torácicas.
- No logra identificarse el impacto, los resultados y el beneficio obtenido de las acciones realizadas por las unidades competentes.

## **8. RIESGOS IDENTIFICADOS**

### **8.1 Riesgos logísticos: Identificación de hallazgos en la coordinación de requerimientos por parte de la Gerencia de Logística**

En el oficio GL-0218-2023 fechado 8 de febrero del 2023, se presenta un informe de hallazgos y avances sobre trabajo coordinado para identificación de requerimientos de insumos y medicamentos para el abordaje de Listas de Espera; en este se hace saber que las jornadas y campañas avaladas abarcan 23 especialidades médicas, entre las cuales se destacan varias como cirugía general y oftalmología, lo que ha llevado a una demanda significativa en ciertos productos, contrastando con las cuotas habituales, y esto ha generado un impacto presupuestario no anticipado, ya que no estaba planeado en la programación regular.

Este impacto presupuestario se relaciona, en parte, con la falta de coordinación anticipada entre diferentes gerencias, y se requieren justificaciones adicionales para



acceder a los recursos necesarios. Además, este aumento en las jornadas ha afectado el inventario institucional, especialmente en insumos y medicamentos.

Asimismo, sobresalen hallazgos que permiten identificar una falta de comunicación y coordinación eficiente entre diferentes niveles y departamentos, lo que lleva a problemas de planificación y administración de recursos, especialmente en relación con las campañas quirúrgicas y el uso de ropa hospitalaria. En dicho oficio se señala que no existe un compromiso sostenido con la coordinación oportuna de abastecimiento de medicamentos o insumos con la Gerencia de Logística, por parte de los enlaces de UTLE.

Se identifica que los requerimientos presentados a la Gerencia no son depurados, lo que lleva a incluir productos que no corresponden a su responsabilidad, sugiriendo falta de alineación entre los servicios y sus respectivas proveedurías y farmacias. Del mismo modo, indica que no hay una documentación formal de las necesidades de insumos y medicamentos, lo que significa que las herramientas actuales no son adecuadas para gestionar riesgos y justificar gastos.

En el mismo oficio, se señalan riesgos derivados de los hallazgos, entre ellos:

- 1- *Falta de cultura de coordinación anticipada por parte de la UTLE previo a autorizar las jornadas de producción, tanto con esta Gerencia.*
- 2- *Falta de procedimientos locales normalizados de programación para gestionar jornadas y/o campañas y no aplicación de los mecanismos vigentes.*
- 3- *Falta de estandarización de insumos y medicamentos requeridos según tipo de campaña / jornada de producción.*
- 4- *Aval y/o ejecución de las jornadas sin coordinación previa y oportuna (3-6 meses antes) para con la Gerencia Logística como un proceso inherente a una adecuada programación.*
- 5- *Falta de sostenibilidad de las acciones generadas por la UTLE, amén de la alta rotación en su coordinación.*
- 6- *Oportunidades de mejora a nivel de las proveedurías de los centros de salud para el registro oportuno de la información en el SIGES, relacionado con los saldos reales (ingresos, salidas) y las salidas a los servicios para conducir la gestión institucional bajo una política de información real para la toma oportuna de decisiones y que apoyen la inteligencia de negocio.*
- 7- *Oportunidades de mejora en la comunicación interna jerárquica en los Establecimientos de Salud de tal forma que la coordinación previa entre estos ámbitos (técnico médico y administrativo) permita una planificación*



*integral asociada a la atención de la demanda extraordinaria sin sacrificio de las existencias de bienes para la atención de lo ordinario.*

## **8.2 Riesgos Financieros: Análisis de Costos en la atención de la lista de espera.**

Con el fin de, robustecer técnicamente el análisis de costos por realizar y dar solides financiera a la actuación y seguimiento de "La Ruta". Se solicitó por parte de la administración activa, la siguiente información a los entes competentes:

1. Mediante el oficio **PE-3154-2023**, con asunto "*Remisión de insumos técnicos utilizados para la definición de las estrategias para incremento rápido de capacidad instalada dentro de la intervención a su cargo*" y dirigida a la Dra. *Dominique Guillén Femenias*, coordinadora del grupo Intervención CENDEISSS/UTLE/CTAME, se solicitó lo siguiente, de manera textual:

*"Reciban un cordial saludo. Esta presidencia ejecutiva requiere el envío urgente de los insumos técnicos utilizados para definir la viabilidad, factibilidad, sostenibilidad y los riesgos identificados que nutrieron y fueron utilizados para justificar las estrategias propuestas por el equipo interventor, para lograr un incremento rápido de capacidad instalada de un servicio. Y que, de manera consecuente, motivó el aval del informe "Intervención CENDEISSS-UTLE-Comisión Técnica de Distribución de Especialistas. Versión 01" por la Junta Directiva en la sesión N° 9347, celebrada el 19 de junio del año 2023.*

*Lo anterior tomando en cuenta que, pese a lo incluido en la siguiente imagen (imagen 1); extraída de la presentación realizada en los avances entregados según lo dispuesto en la sesión N° 9335, en el informe escrito que le acompaña, no se incluye o visualiza algún apartado que incluya dicha información fundamental que da el sostén y justificación de la estrategia propuesta, presentada y avalada"*

En respuesta a lo anterior, se recibe el oficio **GM-11785-2023**, con asunto "*ATENCIÓN AL OFICIO PRIORITARIO N° PE-3154-2023 "REMISIÓN DE INSUMOS TÉCNICOS UTILIZADOS PARA LA DEFINICIÓN DE LAS ESTRATEGIAS PARA INCREMENTO RÁPIDO DE CAPACIDAD INSTALADA DENTRO DE LA INTERVENCIÓN A SU CARGO"*, que indica textualmente:



*“En atención a lo mencionado en el epígrafe adjuntamos la herramienta construida mediante metodología AGILE que fue utilizada para el análisis técnico realizado de las estrategias identificadas para incrementar rápidamente la capacidad instalada institucional en el primer tiempo de abordaje. Con base al criterio de los expertos consultados, la priorización de las estrategias identificadas con base en el impacto sobre las listas de espera, viabilidad, factibilidad, sostenibilidad y riesgos probables que podrían tener cada una de las estrategias para reducir las listas de espera...”*

Dicho insumo se anexa dentro del presente informe bajo el nombre “Anexo oficio GM-11785-2023 TABLA AGILE”. Con el fin de que sea objeto de análisis técnico profundo por los equipos competentes, desde la Auditoría Interna dentro de su función fiscalizadora, como de la Junta Directiva y de las Gerencias afines.

Sin dejar de resaltar que, para este presente análisis de datos y de acciones de control y seguimiento sobre la “Hoja de Ruta”, que permitan la toma de decisiones oportunas y eficientes por parte de la administración activa y por la Junta Directiva, dicha herramienta no es de recibo.

Lo anterior debido a que, no se cumple con el objetivo primo de la solicitud de contar con datos objetivos que den sustento a la Junta Directiva para tomar decisiones estratégicas, para cumplir con el mandato Constitucional de brindar dignidad, salud y bienestar a las personas.

Al igual que se expone de manera clara en el oficio PE-3154-2023, acerca del informe “Intervención CENDEISSS-UTLE-Comisión Técnica de Distribución de Especialistas. Versión 01”; en este no se incluye, algún respaldo de análisis de costos, factibilidad financiera ni otros datos estadísticos, financieros y/o actuariales que, den sustento y confirme técnica, numérica y objetivamente, la preferencia de unas acciones por sobre otras.

Convirtiendo el modelo de atención ya aprobado por la Junta Directiva, en una propuesta lineal, trillada, restrictiva, tiempo dependiente a la capacidad o incapacidad de gestión institucional y sin controles claros establecidos para fomentar la resolución de los puntos de mejora que le han limitado por años, ni estimula la administración activa y contundente de los riesgos históricamente señalados.

Preocupa que estas apreciaciones cualitativas, pudieran ser el principal argumento presentado, para que, en 22 años de funcionamiento de la Unidad Técnica de Listas



de Espera, no se lograra ofrecer una intervención integral, que se ajuste a las necesidades de los asegurados como primera meta, pese al compromiso teórico que recae sobre la Caja Costarricense de Seguro Social. Inclusive, llama la atención el efecto limitante que, causa esta óptica lineal de resolución de casos, amarrando el avance a otras propuestas de respuesta oportuna a la población, a una capacidad o incapacidad institucional, por sobre el mandato Constitucional de brindar bienestar y salud a la población.

Por ejemplo, mediante el oficio PE-3092-2023, se consultó al servicio de Estadística de la Gerencia Médica, la posibilidad de obtener una estimación de los avances de la propuesta con base en tendencias estadísticas. Para con esto, nutrir los análisis del presente informe y orientar objetivamente las intervenciones para que realmente sean oportunas. Sin embargo, se recibió la siguiente respuesta, enviada mediante el oficio GM-AES-1-1249-2023 y que se cita textualmente:

*“Reciba un cordial saludo. Con instrucción del Dr. Marino Ramírez Carranza, Gerente Médico, así como en coordinación y consenso con el equipo de Gerencia Médica de validación y seguimiento de los acuerdos de Junta Directiva referente a RUTA PARA AVANZAR EN LA GESTIÓN DE LAS LISTAS DE ESPERA Y EN LA GESTIÓN DEL RECURSO HUMANO ESPECIALIZADO EN SALUD, se procede con la atención en tiempo y forma del oficio PE-3092-2023, en el cual se solicita:*

*“(...) en función de los resultados obtenidos hasta el momento, dentro del marco de atención de día ruta para avanzar en la gestión de listas de espera, enviar a esta Presidencia Ejecutiva con carácter prioritario y según la tendencia mostrada de los últimos 3 meses, el tiempo estimado que tardaría la institución para alcanzar la meta propuesta de reducir el 25% y el 50% en el tiempo promedio de espera a nivel nacional. Así como la producción esperada por mes, por centro para cumplir con dichos objetivos. Siendo un tema prioritario para esta Presidencia, se otorga un plazo de 24 horas improrrogables para el envío de lo solicitado.”*

*Se informa que, en el proceso de dar atención a lo solicitado en oficio de cita, se identificó la necesidad de ajustar modelos de proyección (al menos tres modelos para listas de espera quirúrgica, consulta externa y procedimientos) que estimen el tiempo que tardaría la Institución en alcanzar las metas; así como la producción que los establecimientos de salud deberían alcanzar para cumplir estos objetivos planteados en el acuerdo de Junta Directiva en artículo 2° de la sesión N° 9323, celebrada el 30 de marzo del año 2023.*



*Técnicamente estos análisis requieren de un conjunto de insumos, entre ellos:*

- 1. Objetivos de la información requerida, lo cual permitirá establecer el tipo de modelo a ajustar, la rigurosidad y los alcances.*
- 2. Planteamiento de un marco de referencia robusto que soporte los modelos de estimación, esto debido a que las Listas de Espera son un fenómeno multifactorial y dinámico.*
- 3. Establecimiento de un conjunto de supuestos, y escenarios, en los cuáles se basaría las estimaciones.*
- 4. Definición de un conjunto de datos que sirvan de base para generar las proyecciones requeridas.*

*Debido a lo anterior, desde el punto de vista técnico, resulta materialmente no viable brindar la información solicitada en un plazo de 24 horas, esto por cuanto el generar un cálculo sin el respaldo teórico y referencial necesario podría causar un riesgo a sesgo de información y por ende inducir a las autoridades institucionales a la toma de decisiones erróneas.*

*Ello al amparo de lo establecido en el artículo 16 de la Ley General de la Administración Pública, que establece que no se podrán dictar actos contrarios a las reglas unívocas de la ciencia o de la técnica, o a principios elementales de justicia, lógica o conveniencia.*

*Por todo lo expuesto, respetuosamente se requiere establecer un equipo de trabajo integrado por funcionarios de la Presidencia Ejecutiva, expertos de la Gerencia Médica en temas de listas de espera, junto con especialistas en análisis de datos del Área de Estadística en Salud para desarrollar los modelos requeridos y producir la información necesaria a la luz de lo solicitado; así mismo se solicita un tiempo prudencial que se estima en al menos 30 días para cumplir con lo solicitado"*

Con esto, no se podría dejar de cuestionar positivamente lo siguiente como administración activa; y es menester incluir dentro del presente informe para su discusión en el seno de la Junta Directiva:



- A. *¿Cuáles son los procesos de planificación, prestación de servicios y control interno que, se realizan a nivel táctico-operativo para garantizar una respuesta del sistema prestatario orientado a las metas institucionales en salud y alineado a las necesidades de las personas?*

Siendo que, la institución cuenta desde hace 22 años, con un ente estratégico dedicado a esta temática, que ha propuesto múltiples planteamientos de abordaje de la lista de espera, que ha generado la ejecución de repetitivas intervenciones avaladas por la Junta Directiva con un aparente pero no documentable proceso de control.

- B. Dentro de la "Ruta para avanzar en la gestión de las listas de espera y en la gestión del recurso especializado". *¿Cuáles son las herramientas e indicadores utilizados, fuera de la producción (análisis nominal de casos) y la reducción del tiempo, que garanticen la adecuada implementación y avance de la propuesta y que facilite el seguimiento y control efectivo de las ejecuciones?*

Por medio del oficio **PE-3130-2023**, se solicitó a la Dirección de Costos Institucionales y a la Dirección Actuarial y Económica, realizar un estudio concerniente al costo asociado con la lista de espera hasta el corte de junio de 2023, basándose en el modelo tarifario del II-SEM del 2023 y en los datos incluidos en la lista de espera institucional. Se anota de manera textual en el documento:

*"...Esta presidencia ejecutiva, como parte del proceso de atención de las listas de espera. Requiere, el envío del tarifario de costos actualizado al segundo semestre 2023.*

*De igual manera, mediante copia, se le solicita a la Dirección de Actuarial que, con dicho insumo, realice el análisis de la información respectiva para determinar el costo institucional estimado que significa la resolución de los casos que, se encuentran en la lista de espera y segregado por sus líneas de atención:*

- 1. Consulta Externa*
- 2. Procedimientos ambulatorios*
- 3. Cirugías*

*Para lo anterior, se anexa la información estadística facilitada por el ente competente, para darle viabilidad al análisis solicitado."*



De manera preliminar, mediante oficio PE-DAE-0929-2023 de fecha 15 de agosto del 2023 con asunto "Atención oficio PE-3130-2023 sobre el requerimiento de estimación del costo institucional de la resolución de los casos que se encuentran en la lista de espera." suscrito por la Licda. Carolina Gonzáles Gaitán, Dirección Actuarial y Económica, se emitió información referente al costo de la resolución de los pacientes que están en la lista de espera, según se señala:

*"En atención a esta petición, se procedió a analizar la información suministrada, y el Modelo Tarifario del Seguro de Salud vigente a partir del 01 de julio 2023, y se determinó la necesidad de clarificar algunos aspectos de suma importancia para la especificación de los parámetros suficientes y robustos con los cuales se llevaría a cabo la estimación solicitada. Por lo anterior, se hizo una sesión de trabajo con la Dra. María Verónica Quesada Espinoza el pasado viernes 11 de agosto, y se establecieron diversos supuestos para poder equiparar lo indicado en las listas de espera con respecto a lo señalado en el Modelo Tarifario.*

*No obstante, lo anterior, conviene indicar que el costo calculado en el Cuadro 1 es muy preliminar, ya que la Subárea Contabilidad de Costos Hospitalarios de la Dirección Financiero Contable de la CCSS se encuentra actualizando algunas tarifas al segundo semestre 2023, solicitadas por la misma Presidencia Ejecutiva de la Institución. Adicionalmente se tiene pendiente una sesión con dicha subárea para ampliar detalles del tema de los costos."*

**Cuadro 1**

CCSS: Costo preliminar estimado<sup>11</sup> para la Institución de la resolución de los casos que se encuentran en la lista de espera a junio 2023, según línea de atención

Concepto	Casos lista espera	Total costo (en millones de colones)
Procedimientos quirúrgicos	177,076	64,884
Procedimientos médicos ambulatorios	599,462	29,445
Consulta externa especialidades médicas	268,455	16,221
Consulta externa especialidades no médicas	104,552	1,628
<b>TOTAL</b>		<b>112,178</b>

**Nota:** En los casos en los que no se tiene la misma información entre el concepto de listas de espera y el Modelo Tarifario, se emplearon supuestos y promedios con el fin de obtener el costo asociado.

**Fuente:** Área Investigación Económica, Dirección Actuarial y Económica, CCSS. Elaboración propia con base en datos de listas de espera suministrados en PE-3130-2023 de fecha 08 de agosto del 2023 y el Modelo Tarifario vigente a partir del 01 de julio 2023.



De la misma manera según se informó por Dirección de Actuarial mediante correo electrónico se encuentra pendiente el monto correspondiente a las estancias hospitalarias de los procedimientos que requieren hospitalización para ser resueltos.

Esperando que este sea un insumo, que permita a partir del escrute respectivo y el análisis de los detalles técnicos necesarios, sirva de base que nutra y propicie un acercamiento más profundo de los datos.

Así como, servir de insumo inicial para realizar estimaciones financieras y/o análisis de mercado que den pie a tomar decisiones costo-efectivas, en la priorización oportuna y orientada de la resolución de los casos prioritarios, bajo los principios de oportunidad, equidad, accesibilidad razonabilidad y sostenibilidad financiera.

### **8.3 Riesgos materiales identificados:**

- **Riesgos Estratégicos:** incremento de los costos de operación:
  - Riesgos para la atención oportuna.
  - Prolongación o complicación de la enfermedad, procesos de tratamiento y rehabilitación postergados – prolongados-.
  - Aumento del otorgamiento de incapacidades.
  - Aumento de los requerimientos de insumos.
  - Reclasificación de la enfermedad.
  - Pensiones anticipadas.
  - Afectación a la imagen institucional.
  - Judicialización de la atención.

- **Riesgos Operacionales:**

Las unidades encargadas enfrentan el reto de aumentar la oferta de servicios, mejorar los indicadores de tiempos de atención y reducir las listas de espera, todo ello maximizando el uso de los recursos disponibles.

- **Riesgo en la Disponibilidad de la información:**

Importante limitación en la disponibilidad oportuna de las informaciones que afecta la adecuada toma de decisiones.



- **Riesgos Financieros y Operacional:**

El tiempo prolongado de espera tiene costos asociados que afectan directamente a la institución, desde el incremento en costos de operación hasta la judicialización de la atención.

- **Riesgo en la Confiabilidad institucional:**

La lista de espera afecta la imagen institucional, y su manejo inadecuado puede llevar a acciones judiciales que desplazan a los usuarios en espera, sin considerar prioridades médicas.

- **Riesgos en la Proyección de la gestión:**

Abordar las listas de espera va más allá de mantener registros o gestionar administrativamente, se necesita una gestión integral que sea eficaz y eficiente acorde con las necesidades de los usuarios.

- **Riesgos jurídicos y sociales del alcance la Ruta**

Finalmente; y por esto menos importante. La presidencia ejecutiva consultó mediante el oficio PE-3139-2023, con asunto "INFORME SOBRE SITUACIÓN ACTUAL DE LA LISTA DE ESPERA CARDIOTORÁCICA Y ONCOLOGÍA EN LOS HOSPITALES-CCSS", acerca del manejo actual de los casos Oncológicos y Cardiovasculares en la Institución para visualizar oportunidades de intervención y mejora. Textualmente en el oficio se anota:

*"(...) con el fin de esclarecer algunos detalles de la gestión de los casos mencionados en el epígrafe, debido al alto riesgo de afectación de la salud de las personas mientras esperan y a propósito de la prioridad, eficiencia y eficacia con que debemos de atender el grupo de patologías que sufren estos usuarios, se les solicita enviar la siguiente información acerca del manejo institucional de las listas de espera cardiotorácica (cirugía de tórax, cardiología y cardiovascular) y oncológica:*

1. *¿Se cuenta con una lista de espera única, digitalizada, estandarizada y priorizada a nivel institucional para la resolución de casos en estas especialidades?*
2. *¿Se cuenta con protocolos de manejo institucional que envuelvan, todas las patologías oncológicas y cardiotorácicas?*



3. *¿Se cuenta a nivel institucional, con una gestión por procesos estandarizados desde el ingreso del paciente al sistema, hasta la resolución de los casos que permita la trazabilidad y garantice la oportunidad en la atención y resolución?*
4. *Enlistar puntualmente las acciones realizadas por las unidades a su digno cargo para abordar la problemática identificada en la atención oportuna de estos casos.*
5. *Anexar a la respuesta del presente oficio, una certificación con el número de casos pendientes al día de hoy, por resolver en las 3 líneas de atención (consulta externa, cirugía y procedimientos diagnósticos) y por año de ingreso a la lista de espera.*
6. *Tiempo estimado para resolver el 100% de los casos identificados en espera con la tendencia de resolución actual.*

En atención de lo anterior, se recibió la siguiente respuesta, canalizada mediante el oficio **GM-AOP-0658-2023** y con asunto "**RESPUESTA A OFICIO PE-3139-2023 SOBRE INFORME SOBRE SITUACIÓN ACTUAL LISTA DE ESPERA CARDIOTORÁCICA Y ONCOLÓGICA EN LOS HOSPITALES-CCSS**". En él, se anota de manera textual, lo siguiente:

*"(...) Con el fin de dar respuesta a oficio indicado en epígrafe, del 08 de agosto de 2023, y recibido el día 9 de agosto por estas coordinaciones, le indicamos con respecto a lo solicitado para el manejo institucional de las listas de espera cardiotorácica (cirugía de tórax, cardiología y cardiovascular) y oncológica:*

1. *¿Se cuenta con una lista de espera única, digitalizada, estandarizada y priorizada a nivel institucional para la resolución de casos en estas especialidades?*

*El Área de Estadísticas de Salud (AES) de la Gerencia Médica es el ente técnico institucional a cargo de la información correspondiente a la atención clínica de los pacientes. Cada mes, aproximadamente posterior a los 10 días hábiles, se remite a la UTLE la información digitalizada y estandarizada, con cuadros estadísticos que permiten obtener la lista de espera única. La resolución de casos por priorización depende de estado clínico definido por el médico tratante y cada Director de Hospital o Área de Salud con respecto a los lineamientos institucionales establecidos y los recursos disponibles para cada unidad.*



2. *¿Se cuenta con protocolos de manejo institucional que envuelvan, todas las patologías oncológicas y cardiorácicas?*

*La protocolización es un proceso sustantivo propio de la Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud, instancia técnica a cargo de la Gerencia Médica.*

3. *¿Se cuenta a nivel institucional, con una gestión por procesos estandarizados desde el ingreso del paciente al sistema, hasta la resolución de los casos que permita la trazabilidad y garantice la oportunidad en la atención y resolución?*

*A nivel de la institución, el modelo de prestación de servicios de salud define el proceso estandarizado de referencia y contrareferencia en la atención con base a la complejidad de las necesidades asistenciales del paciente, mediante el cual estructura los servicios, con base a criterios de eficacia, eficiencia, oportunidad, justicia distributiva y accesibilidad.*

*La institución cuenta con sistemas de información oficiales que dan trazabilidad a la atención de los pacientes como por ejemplo EDUS y ARCA.*

4. *Enlistar puntualmente las acciones realizadas por las unidades a su digno cargo para abordar la problemática identificada en la atención oportuna de estos casos.*

*La Comisión Cardiológica enlista las acciones realizadas en los siguientes documentos:*

- GM-DPSS-0372-2022 del 29 de agosto del 2022. Entrega de informe: Abordaje de la patología cardiovascular en la red nacional de Servicios de Salud.*
- GM-7189-2023 del 21 de mayo del 2023. Informe de Avance: Ruta establecida por el equipo de trabajo conformado para la atención del informe ASALUD-084-2022 "Auditoría de carácter especial referente de la gestión administrativa de la actividad quirúrgica cardiovascular del Hospital México"*
- GM-9529-2023 del 3 de julio del 2023. Informe situacional de la terapia endovascular institucional.*

*La Unidad Técnica de Listas de Espera realiza las acciones en el marco del Reglamento del funcionamiento de la Unidad Técnica de Listas de Espera aprobado en sesión No. 7552 de 31 de mayo del 2001. Algunas actividades que se realizan son:*



- *Análisis y apoyo técnico de construcción de tableros de información con indicadores de seguimiento eficiencia, calidad y oportunidad de listas de espera*
- *Seguimiento de datos de listas de espera facilitado por AES*
- *Análisis de proyectos de jornada extraordinaria para ampliación de disponibilidad de uso recursos especializados*
- *Coordinaciones con la red internivel a través de los gestores locales de sedes*
- *Creación de nodos de producción de acuerdo con opciones disponibles en la red internivel*
- *Coordinación intergerencial para apoyos relacionados*
- *Asesoría técnica y aval en gestión de proyectos por Jornadas de Producción en la atención oportuna de las personas*
- *Criterio técnico en disponibilidades médicas y proyectos especiales de producción según solicitud de Gerencia Médica (...)*



## CONCLUSIONES

Una vez expuesto los antecedentes, así como los elementos que se consideran son parte fundamental de un buen abordaje de las listas de espera en la institución, sin lugar a duda, la primera deuda histórica que tiene por resolver la Caja Costarricense de Seguro Social es la que ha adquirido con todas aquellas personas que, por años, esperan respuestas oportunas ante sus problemas de salud, situación que podría estar causando daños inmensurables en el desarrollo biopsicosocial de las personas.

Por lo anterior, es menester, enfocar los esfuerzos institucionales, tanto a corto, como a mediano y largo plazo, desde los requerimientos y las necesidades de los asegurados; y no partiendo desde las limitaciones y carencias históricas institucionales.

Las estrategias táctico-operativas ejecutadas hasta este momento en respuesta a la atención de la *RUTA PARA AVANZAR EN LA GESTIÓN DE LAS LISTAS DE ESPERA Y EN LA GESTIÓN DEL RECURSO HUMANO ESPECIALIZADO EN SALUD* demuestran ser insuficientes según el escenario actual, para alcanzar la velocidad y la priorización estratégica que permita llegar a las metas institucionales en cuanto a la temática de la gestión y el manejo estratégico de las listas de espera, donde solo logra identificarse la constancia de las mismas estrategias utilizadas anteriormente.

Pese a la Declaratoria de Emergencia Institucional para el abordaje y atención de las listas de espera, con base en los principios de oportunidad, urgencia y justicia. Declarada e instruida en la Sesión N° 9337 de la Junta Directiva, celebrada el 22 de mayo 2023, la orientación actual de los esfuerzos, la distribución y la utilización de los recursos existentes a nivel institucional, no han variado significativamente para avocarse a la atención urgente de la problemática de las listas de espera, según lo instruido. Al contrario, se evidencia con los resultados obtenidos, que existe una repuesta inefectiva multifactorial de los estratos táctico-operativos ante este tipo de decisiones estratégicas.

En razón de lo anterior, se vuelve prioritario realizar las modificaciones, análisis e intervenciones oportunas a la aprobada *RUTA PARA AVANZAR EN LA GESTIÓN DE LAS LISTAS DE ESPERA Y EN LA GESTIÓN DEL RECURSO HUMANO ESPECIALIZADO EN SALUD* que permitan una toma de decisiones efectivas, eficientes y articuladas que orienten y alineen el enfoque institucional actual e



históricamente restrictivo de las listas de espera, con sus obligaciones Constitucionales de ofrecer bienestar, salud y dignidad a las personas. Así como continuar los mecanismos de control y seguimiento que permitan una administración activa de los riesgos identificados.

Tal y como se ha venido evidenciando en este informe, los esfuerzos que actualmente se están realizando, aunado al contexto que contempla los recursos actuales, no logran solventar el rezago existente en la gestión de la lista de espera, el cual responde a deficiencias crónicas administrativas y operativas en su manejo que va desde la falta de protocolización y actualización normativa, hasta la distribución y formación del recurso humano, elementos sistematizados de control y gestión, que finalmente han llevado a la sub ejecución presupuestaria destinada para su resolución, así como a un acúmulo de pacientes que abarca inclusive más de 5 años de espera. Esta situación ha venido siendo señalada en múltiples informes por la Auditoría Interna, por cuanto este rezago no solo expone al usuario y a su familia, quienes son nuestra razón de ser, sino también la solidez, sostenibilidad y confianza de la CAJA a diferentes tipos de riesgo logístico, praxis, operativos y judiciales.

Corolario a lo anterior, se encuentran los indicadores de mortalidad nacional donde claramente se hace evidente la necesidad de establecer estrategias orientadas hacia un diagnóstico oportuno, que brinde a los usuarios atención integral de sus patologías y/o enfermedades que les aquejan.

Ante tal escenario, la institución debe incursionar de forma inmediata y estratégica con una gestión que permita responder a aquellos usuarios que conforman un listado en el cual el sistema no ha sido eficiente, sin dejar de lado las estrategias que actualmente se están ejecutando, por lo que se propone el siguiente plan:

1. Ampliar las especialidades de ruta integrando dentro de los objetivos las especialidades de:
  - ✓ Cardiología
  - ✓ Cirugía cardio torácica
  - ✓ Cirugía oncológica
  - ✓



2. Ampliar la oferta de servicios institucionales mediante la contratación a demanda de adjudicatario múltiple de servicios por terceros para la resolución de la lista de espera rezagada de cirugía, procedimientos y consulta externa, como una estrategia paralela a las estrategias que se desarrollan actualmente, de tal manera que se logre acelerar la gestión de los casos pendientes, así como la contratación de especialistas que requieren intervengan en la resolución de algunos casos.

3. Establecer los mecanismos de control y seguimiento estricto para poder ejecutar metas claras, resultados, impacto y Administración de los riesgos identificados que permitan una respuesta eficiente y oportuna en la gestión de listas de espera.

4. Realizar investigación por procesos, que permita esclarecer la persistencia de la falta de controles, evaluación y seguimiento que han tenido las propuestas aprobadas previamente, para la atención de listas de espera. Y que han perpetuado hasta el día de hoy la condición desfavorable que atraviesan las personas que requieren una atención especializada. Así como, la definición de los eventuales responsables y las acciones ejecutadas por cada de uno de ellos.