

AS-ASS-2594-2021
8 de diciembre de 2021

Doctor
Randall Álvarez Juárez, gerente
Gerencia Médica UP 2901

Estimado señor:

ASUNTO: Oficio de Asesoría relacionado con la atención de la lista de espera a nivel institucional.

La Auditoría Interna en cumplimiento de las actividades consignadas en el Plan Anual Operativo 2021, y de conformidad con las competencias y potestades otorgadas por la Ley General de Control Interno 8292, en lo que concierne a fiscalización, prevención y asesoría; ha realizado sistemáticamente análisis en relación con las acciones desarrolladas por la administración activa, para garantizar la atención de las personas que requieren de los servicios asistenciales y que se encuentran en una lista de espera a nivel nacional.

La lista de espera se puede considerar como **“la demanda expresada que no puede ser atendida en ese momento por el sistema de salud”** y está conformada por todas aquellas personas que han sido clasificadas para recibir un servicio y que se encuentran en espera. Estas listas a su vez son el reflejo de las situaciones del modelo de atención actual en donde la demanda no puede a su vez garantizar a los pacientes, de una forma efectiva, segura y eficiente una cama de hospitalización tradicional¹ o en su defecto la atención oportunamente del proceso para el cual se le incluyo en la “lista” en mención.

El Consejo de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE), en febrero 2017, señaló en el “Estudio de la OCDE sobre los sistemas de salud: Costa Rica, el tema de la lista de espera como una problemática que debía de ser considerada en el modelo de atención de manera primordial, he hizo referencia a lo siguiente:

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

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

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

En el oficio AS-ASS-1700-2020, del 7 de julio del 2020, este Órgano de fiscalización y Control, considerando que la temática de la lista de espera ha sido un aspecto que no se ha podido resolver y por ente ha representado un reto para la administración, evidenció una serie de eventos que han incidido sistemáticamente a lo largo de los años, en la gestión para la atención de estas listas. Sin embargo, es necesario señalar que también el proceso asistencial en los últimos dos años ha sufrido una afectación considerable producto en una parte de la pandemia causada por el COVID-19, lo cual impactó de inmediato en el incremento de los tiempos y usuarios en espera, provocando una reformulación de procesos y estancamiento en la cantidad de intervenciones quirúrgicas a realizar como producto de una afectación en la continuidad de la prestación de los servicios de salud.

En relación con la Gestión de la Gerencia Médica el oficio GM-GE-8523-2019 del 4 de julio del 2019, suscrito por Dr. Mario Felipe Ruiz Cubillo, Gerente Médico en ese entonces, mencionó como parte de los procesos de Planificación Institucional y rendición de cuentas, los indicadores que constituyen el Plan Táctico Gerencial 2019-2022, para 31 acciones estratégicas orientadas en el contexto de Salud y compromisos del eje temático: Atención Oportuna de las Personas como aspecto relevante en el tema de lista de espera y que consideró:

“... ”

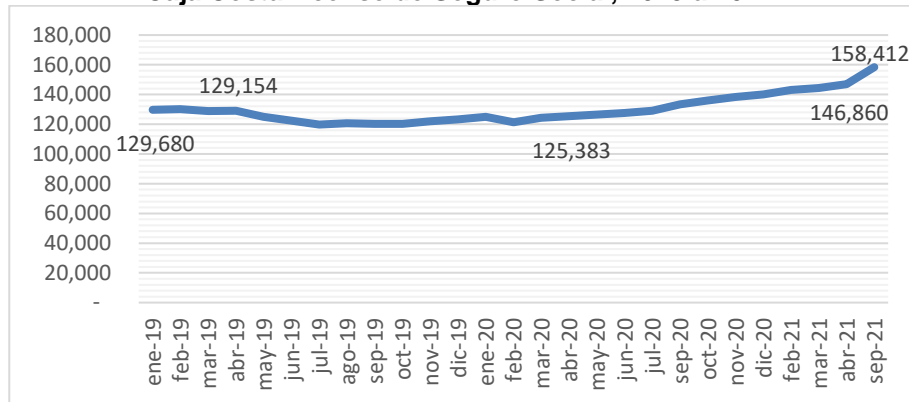
- *Disminuir los días de espera para cirugías electivas que requieren hospitalización.*
- *Disminuir los días de espera de la lista global para cirugía ambulatoria.*
- *Distribuir la tendencia de Cirugía Mayor Ambulatoria en procedimientos identificados por el Banco Mundial.*
- *Disminuir el número de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

De conformidad con lo anterior, esta Auditoría procedió con el análisis de la lista de espera quirúrgica nacional con alcance al mes de abril 2021, y además consultó a la administración aspectos propios de la gestión, siendo que persiste la limitante en relación con la accesibilidad de información actualizada por parte de la Unidad Técnica de Listas de Espera, aspecto que fue comunicado formalmente mediante oficio GM-AOP-12709-2021 del 06 de setiembre del 2021, por parte del Dr. Mario Felipe Ruíz Cubillo, anterior Gerente Médico, quien señaló en ese entonces lo siguiente:

“(...) me permito informar que este Despacho procedió a realizar consulta a la Dirección Jurídica mediante oficio GM-12652-2021, una vez que se cuente con la información se estará remitiendo a la Unidad que usted coordina, así como a la Auditoría Interna”.

Bajo esa premisa, el análisis consideró el año 2019 al 2021 (enero – abril y setiembre) , en donde se identificó que la lista de espera quirúrgica a lo largo ha mantenido un promedio de 130.000 (ciento treinta mil) pacientes en espera en los 3 años de estudio, esto considerando que se han realizado innumerables jornadas de producción y esfuerzos por parte de la administración para solventar la problemática de oferta y demanda que se ha mencionado históricamente y a la fecha no se localiza una solución real y efectiva para la atención oportuna de los pacientes, quienes en la mayoría de los casos deben de recurrir a judicializar las atenciones o presentan complicaciones propias de las patologías, lo cual desplaza la lista de espera por considerarse ello una emergencia.

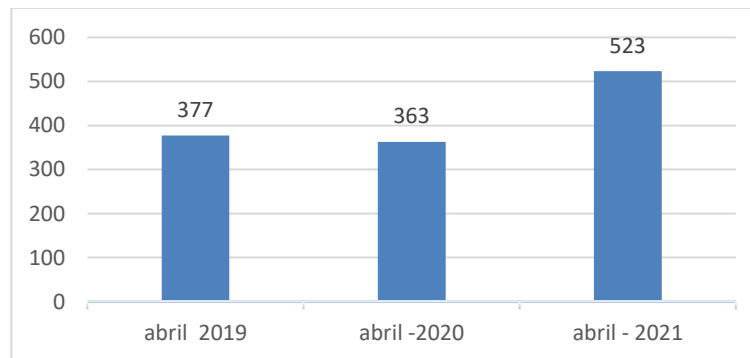
Gráfico. 1
Comportamiento Histórico de la Lista de Espera Quirúrgica,
Caja Costarricense de Seguro Social, 2019 a 2021.



Fuente: Elaboración propia con datos históricos facilitados por la UTLE, y oficio GM-AOP-0515-2021 emitido el 14-10-2021 por la UTLE.

Del gráfico anterior se evidencia en enero del 2019, una lista de espera quirúrgica compuesta por un total de 129 680 (ciento veintinueve mil seiscientos ochenta) pacientes, en abril 2019, existían 129 154 (ciento veintinueve mil ciento cincuenta y cuatro) pacientes y en abril del 2020 se documentó una disminución porcentual del 3 % (3 771) de usuarios, (periodo 2019 y 2020) lo cual reflejó una mejora sustancial temporal ya que para abril del 2021, se presentó un incremento del 15% (21 477) de usuarios en relación con el periodo 2020- 2021, y en setiembre de 2021 la lista llegaba a 158 412 (ciento cincuenta y ocho mil cuatrocientos doce) pacientes, lo cual expone una criticidad importante y llama la atención, considerando los tiempos de espera incrementados, al igual que la demanda y el eventual deterioro de la salud de los pacientes, así como posibles fallecimientos producto de una espera en la cual no se logra materializar en tiempo un resultado oportuno para el restablecimiento de la salud.

Gráfico. 2
Plazo promedio de espera, Lista de Espera Quirúrgica,
Caja Costarricense de Seguro Social, abril 2019, abril 2020, abril 2021.



Fuente: Elaboración propia con datos históricos facilitados por la UTLE.

En el gráfico 2, es notorio un incremento en lo que corresponde al tiempo promedio de espera para la resolución de las patologías quirúrgicas, siendo que en el mes de abril del 2019, las personas en promedio debían de esperar aproximadamente 377 días para ser atendidas, en abril del 2020, 363 días, y para abril del 2021 debían de esperar 523 días, lo cual representa un incremento del 31% en comparación con el mes de abril 2020, aspecto que vuelve a llamar la atención, considerando que la atención se verá afectada dependiendo de la especialidad, disponibilidad de recurso, demanda, y medidas alternativas para paliar la situación que aquejan los pacientes durante el periodo de espera.

En relación con las especialidades que registran mayor cantidad de pacientes pendientes en la lista de espera quirúrgica en abril del 2021, se encuentran en orden de criticidad: Cirugía General, Oftalmología, Ortopedia, Ginecología, Urología, Otorrinolaringología, Vascular Periférico, Neurocirugía, Cirugía General Infantil, y Cardiología, especialidades que a su vez concentran una lista de pendientes de 140 652 (ciento cuarenta mil, seiscientos cincuenta y dos) pacientes es decir, el 95% de la lista de espera total (146 861) para el periodo señalado y que se detalla a continuación en la tabla 1.

Tabla 1
Principales Especialidades que conforman el Total de Lista de Espera Quirúrgica, Caja Costarricense de Seguro Social, abril 2021.

Especialidad	Pendientes
Cirugía General	31 447
Oftalmología	29 863
Ortopedia	29 138
Ginecología	12 529
Urología	12 223
Otorrinolaringología	10 718
Vascular Periférica	6 476
Neurocirugía	3 561
Cirugía General Infantil	2 554
Cardiología	2 143
Total	146 861

Fuente: Elaboración Propia con datos suministrados de la lista de espera abril 2021, UTLE.

Así mismo, de conformidad con la lista de espera personalizada quirúrgica de abril del 2021, se evidencian pacientes con periodos de espera que van desde el año 2014 al 2021, esto para las especialidades señaladas en la tabla 1 y 2, tal y como se muestra a continuación:

Tabla 2

Principales Especialidades que conforman el Total de Lista de Espera Quirúrgica, y plazos de espera de pacientes pendientes de atención, Caja Costarricense de Seguro Social, abril 2021.

Especialidades	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	Total
Cirugía General	10	40	108	864	3 346	10 034	10 887	6 158	31 447
Oftalmología			1	123	2 101	11 660	10 613	5 365	29 863
Ortopedia	10	313	741	3 371	5 874	9 106	6 540	3 183	29 138
Ginecología			13	216	352	3 858	5 290	2 800	12 529
Urología		4	137	577	1 304	3 979	3 846	2 376	12 223
Otorrinolaringología				165	1 575	4 299	3 410	1 269	10 718
Vascular Periférica				44	786	2 545	2 000	1 101	6 476
Neurocirugía		2	12	112	693	1 073	1 005	664	3 561
Cirugía General Infantil					59	709	1039	747	2 554
Cardiología			4	6	161	691	770	511	2 143
Total, General	20	360	1 030	5 556	17 048	49 935	47 295	25 617	146 861

Fuente: Elaboración Propia con datos suministrados de la lista de espera abril 2021, UTLE.

Consecuentemente con lo anterior, para el mes de abril del 2021, se identificaron 10 centros de salud en los cuales se concentra la mayor cantidad de pacientes pendientes de atención de conformidad con la lista de espera quirúrgica, siendo para tales efectos que el hospital Calderón Guardia encabeza la lista con un 12% de pacientes pendientes, hospital San Juan de Dios (10%), hospital Max Peralta (10%), hospital San Vicente de Paul (9%), hospital San Rafael Alajuela (8%), hospital Escalante Pradilla (7%), hospital México (7%), hospital Enrique Baltodano Briceño (6%), hospital Monseñor Sanabria 4%) y hospital Nacional de Niños (3%), para un total del 75% (110 730 (ciento diez mil setecientos treinta) pacientes de la lista de espera quirúrgica, aspecto que se detalla a continuación:

Tabla 3

Centros de Salud que conforman el Total de Lista de Espera Quirúrgica, y plazos de espera de pacientes pendientes de atención, Caja Costarricense de Seguro Social, abril 2021.

Etiquetas de fila	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	Total
H. Calderón Guardia			92	918	2 392	3 953	6 503	3 506	17 364
H. San Juan De Dios	10	125	431	1 202	1 691	4 639	4 356	2 725	15 179
H. Max Peralta			4	606	2 972	4 918	4 204	1 867	14 571
H. San Vicente Paul			17	373	2 015	6 778	3 241	1 337	13 761
H. San Rafael Alajuela			105	1 088	1 870	4 087	2 713	1 188	11 051
H. Escalante Pradilla				2	1 073	4 199	3 382	1 378	10 034
H. México	10	62	195	465	1 142	2 735	2 908	2 078	9 595
H. Enrique Baltodano			43	220	1 129	3 370	2 365	1 308	8 435
H. Monseñor Sanabria		6	28	233	868	2 799	1 442	641	6 017
H. Niños		31	96	347	470	1 441	1 686	652	4 723

Fuente: Elaboración Propia con datos suministrados de la lista de espera abril 2021, UTLE.

De los diagnósticos más frecuentes según datos facilitados por la Unidad Técnica de Listas de Espera a setiembre del 2021, mediante oficio GM-AOP-0515-2021, del 14 de octubre del 2021, suscrito por la Dra. Marny Lorena Ramos Rivas, Coordinadora General de la Unidad Técnica de Listas de Espera, se mencionan las siguientes patologías o procedimientos: Esterilización (7%), Cálculo vesicular (6%), Catarata (6%); Pterigión (5%), Hernia Inguinal (4%), Catarata Senil (3%), Hernia umbilical (3%), Gonartrosis (2), Hiperplasia de Próstata (2%), y Desviación de tabique nasal (2%), estas 10 patologías representan el 40% (63 028 (sesenta y tres mil veintiocho) pacientes) del total de la lista de espera quirúrgica (158 412 (ciento cincuenta y ocho mil cuatrocientos doce) usuarios) para setiembre del 2021 y que se detallan a continuación.

Tabla 4
Principales Diagnósticos que conforman el Total de Lista de Espera Quirúrgica, Caja Costarricense de Seguro Social, Setiembre 2021.

Diagnóstico	Pendientes
Esterilización	10 722
Cálculo de la vesícula biliar sin colecistitis	9 468
Catarata, no especificada	9 105
Pterigión	7 364
Hernia inguinal unilateral o no especificada, sin obstrucción ni gangrena	6 238
Catarata senil nuclear	5 307
Hernia umbilical sin obstrucción ni gangrena	4 044
Gonartrosis, no especificada	3 915
Hiperplasia de la próstata	3 721
Desviación del tabique nasal	3 144
Total 10 principales Diagnósticos	63 028
Total, General	158 412

Fuente: Oficio GM-AOP-0515-2021, UTLE.

Del cuadro anterior llama la atención que existen procedimientos que encabezan la lista de espera como: esterilización, pterigión, desviación de tabique nasal, y otros, que podrían ser catalogados dependiendo de las comorbilidades que presente el paciente como de baja complejidad, así como procedimientos ambulatorios, lo cual bajo un enfoque ágil de atención deberían de ser resueltas en el corto plazo.

En relación con los procesos quirúrgicos desarrollados a nivel institucional para atender las necesidades de los pacientes incluidos como pendientes en la lista de espera quirúrgica, mediante oficio GM-AOP-0515-2021, del 14 de octubre del 2021, la Dra. Marny Lorena Ramos Rivas, Coordinadora General de la Unidad Técnica de Listas de Espera mencionó:

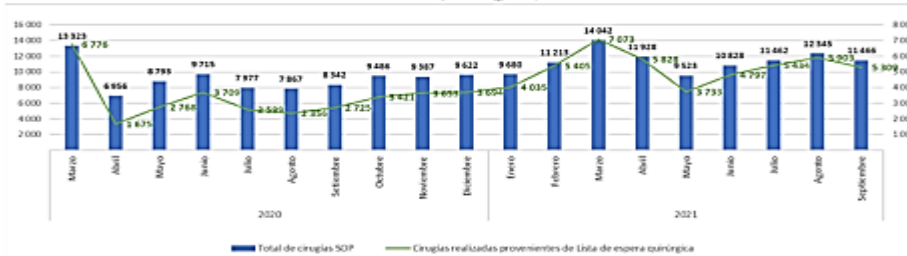
“Este apartado de las listas es el que mayor afectación ha presentado. Aún y con estos escenarios, la institución como proveedora de servicios, consciente del impacto y la disconformidad que genera la espera, de manera similar, pero en una escala menor (debido a la complejidad por los recursos requeridos) ha procurado mantener de manera conjunta y adicional a las cirugías de emergencia, oncológicas y no postergables (se hace el recordatorio estas nunca se han dejado de realizar).”

Según datos del Área de Estadística en Salud durante los meses de atención de la emergencia (marzo 2020- setiembre 2021) se ha mantenido una producción en salas de operaciones de 193.155 cirugías, siendo un 42% de estas cirugías de pacientes provenientes de lista de espera. (gráfico 5).

Si bien el enfoque de atención a la emergencia como prioridad ha limitado el uso y la capacidad total de las salas de operaciones disponibles y disminuyendo el volumen de estas; el dar continuidad a la estrategia de recuperación de servicios con la instauración del plan vigente concerniente a la Unidad Técnica de Listas de Espera, será lo primordial para la recuperación de plazos de espera.

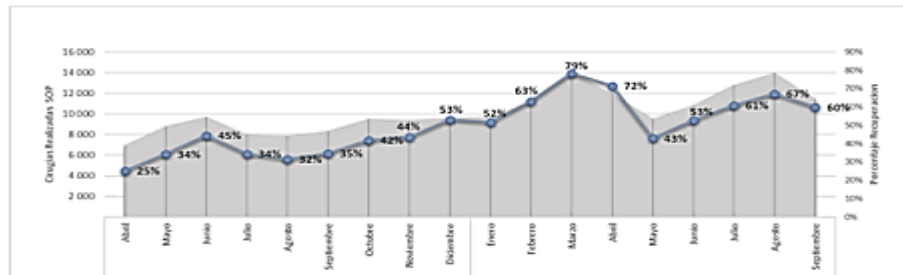
Esto se refleja en mes de marzo 2021, donde se logra una recuperación estimada del 79% (gráfico 6) (sic), en donde se refleja el resultado de la estrategia de abordaje en red y derivación de pacientes a centros que cuentan con el recurso humano e infraestructura disponible, dando mayor aprovechamiento de la capacidad instalada. (...)

Gráfico 5. Producción quirúrgica, CCSS 2020-2021



Fuente: CCSS, Área de Estadística en Salud

Gráfico 7. Evolución porcentaje recuperación de cirugías CCSS. abril 2020- setiembre 2021



Fuente: CCSS, Área de Estadística en Salud

Por otra parte, en el mismo documento, la Dra. Marny Lorena Ramos Rivas, Coordinadora General de la Unidad Técnica de Listas de Espera, detalla lo siguiente en relación con las jornadas de producción:

“Para el periodo 2021 obedece a un planteamiento nuevo de plan de impacto nacional, el cual se aprobó el pasado 11 de marzo 2021 sesión N° 9163 artículo 41; si bien se ha dado aprobación a centros médicos, no se cuenta por el momento con la producción, se remite en el cuadro siguiente las unidades con aprobación de jornadas en este nuevo plan

Cuadro N° 1. Centros médicos con aval de Jornadas 2021.

Centro médico Ejecutor	Jornadas Aprobadas 2021
Hospital Calderón Guardia	Procedimientos: Lectura de Radiografías, Ultrasonidos, Lectura de Tac, Densitometrías, MMG
Hospital de la Mujer	Procedimientos: Ultrasonidos Ginecológicos
Hospital La Anexión	Consulta Externa: Terapia Física, oftalmología, ortopedia Procedimientos: Ultrasonidos
Hospital Enrique Baltodano	Consulta Externa: Terapia Física, ortopedia y oftalmología
	Quirúrgicas: , Ortopedia, Cx General, Oftalmología, ,ORL ,Cx infantil
	Procedimientos: Ultrasonidos, Lectura de TAC, Ecocardiogramas
H. Escalante Pradilla, H. Golfito, H. Ciudad Neily, H. Tomas Casas, H. San Vito)	Quirúrgicas: Ortopedia, Cx General, Oftalmología, Urología
	Procedimientos: Ultrasonidos, Interpretación Holter, Ecocardiogramas, Gastroscopias, Colonoscopias, Audiometrías
	Consulta Externa: Fisiatría, oftalmología, ortopedia, Urología
Hospital San Francisco de Asís	Procedimientos: Electromiografías, Gastroscopias, Colonoscopias, US
Hospital de Alajuela	Procedimientos: Realización de TAC
Hospital Max Peralta	Procedimientos: Ultrasonidos
CLOF	Quirúrgicas: cataratas- Red Nacional
Hospital de la Mujer	Procedimientos: Ultrasonidos Ginecológicos
CENARE	Consulta Externa: Fisiatría- Colaboración Chorotega, Brunca y central Norte

Fuente: CCSS, Gerencia Médica, Unidad Técnica de Listas de Espera

De lo anterior, llama la atención que solo 7 unidades médicas se mencionen con aval para la realización de jornadas de producción que atiendan la lista de espera quirúrgica, siendo que el problema abarca una población a setiembre del 2021 de 158 412 (ciento cincuenta y ocho mil, cuatrocientos doce) pacientes.

Respecto al plan para la adaptación y recuperación de servicios ante la pandemia por COVID- 19, la Dra. Marny Lorena Ramos Rivas, Coordinadora General de la Unidad Técnica de Listas de Espera, en el documento GM-AOP-0515-2021, del 14 de octubre del 2021 citó:

“Se encuentra en las últimas fases 6 y 7, propuestas dentro de la III Etapa del orden de avance establecido, estas últimas fases incluyen la reactivación paulatina de las cirugías, los proyectos especiales para atención de las listas mediante jornadas de producción y campañas de alto impacto. Jornadas de producción que como se mencionaron al principio del documento, se aprobaron bajo la condicionante a cambios, aplazamiento o no inicio según sea el comportamiento epidemiológico que presente en el centro o la región donde se desarrollen las jornadas. La instauración de esta última etapa no supone una vuelta a la normalidad, ni que se dará una apertura de lleno para las cirugías y proyectos especiales. Es más, un esfuerzo institucional para adaptar los servicios a la situación actual, recuperar cirugías de la mano con atención de la emergencia bajo un marco de trabajo paralelo, logrando con la menor afectación posible a los servicios ordinarios que se deben ofrecer a los usuarios regulares; estando inmerso el accionar en el Plan Institucional y el Plan de Contingencia.

El cual deja claro que: (...) la Implementación del Plan debe garantizar ser gradual y flexible, con capacidad de adaptarse a los posibles escenarios según las etapas del periodo pandémico y según la evolución pueda activarse y desactivarse regionalmente en forma inmediata (...)

En estas últimas fases se consideran las proyecciones en cuanto a requerimiento de medicamentos, insumos médicos (entre ellos equipos de protección personal) y servicios para la puesta en marcha; garantizando el abastecimiento y continuidad de los servicios durante todo el proceso. Se deja en claro que, la evolución de las acciones a desarrollar dependerá de manera directa del comportamiento de la enfermedad y servicios que requieran los casos de COVID-19”.

El Reglamento de Funcionamiento de la Unidad Técnica de Listas de Espera, documento institucional aprobado en la Sesión No. 7552 de 31 de mayo del 2001 y publicado en La Gaceta No. 114 del 14 de junio del 2001; se puede citar:

“La Unidad Técnica de la Lista de Espera, desde su creación en el 2001, fue designada como (...) la instancia técnica encargada de llevar adelante las estrategias más adecuadas y documentadas a nivel nacional e internacional, con respecto a la disminución respectiva de las listas de espera para cirugía electiva, consulta externa especializada y procedimientos (...).”

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

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

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

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

- 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”. (negrita no es del original)

El documento: “Una CCSS renovada hacia el 2025”, en el apartado de Políticas generales, en el punto 1.1.1., menciona lo siguiente:

“Los servicios de salud, pensiones y prestaciones sociales se basarán sólidamente en los principios fundamentales de Equidad, Solidaridad, Universalidad, Unidad, Igualdad, Obligatoriedad y Subsidiariedad”.

El Manual normativo del programa Institucional de estándares de salud dirigido a los tres niveles de atención, elaborado por la Caja Costarricense Seguro Social en enero de 2006; menciona en su apartado indicadores página 37-38 lo siguiente:

“(…)5. Eficiencia de la atención: Es el grado al cual la atención recibida tiene el efecto deseado con un mínimo de esfuerzo, gasto o desperdicio, según la destreza actual. La eficiencia de la atención está a menudo vinculada a la conveniencia y la efectividad de aspectos de la atención. Por ejemplo, un procedimiento inefectivo (es decir, que no se hizo de la manera correcta) y un procedimiento inconveniente (esto es, se realizó un procedimiento incorrecto) resultará a menudo en un desperdicio de recursos.

Expectativas del cliente: El grado al cual los clientes (y sus familias) están involucrados en el proceso de toma de decisiones en aspectos concernientes a su salud y el grado al cual ellos están satisfechos con la atención. Este indicador puede usarse para monitorear y evaluar el compromiso de las organizaciones para ayudar a los clientes y a sus familias, a sobrellevar los aspectos difíciles que rodean a un caso terminal (…).”

La Ley General de Control Interno² establece que el sistema de control interno que el mismo debe de garantizar en el artículo 8, dentro del logro de sus objetivos:

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

Las Normas Generales de Control Interno para el Sector Público, emitidas por la Contraloría General de la República, establecen en el Capítulo III Normas Generales Relativas a la Evaluación de Riesgos, numeral 3.2 Planificación, lo siguiente:

“La identificación y evaluación de los riesgos, como componente del control interno, debe ser sustentado por un sistema participativo de planificación que considere la misión y la visión institucionales, así como objetivos, metas y políticas establecidos con base en un conocimiento adecuado de los medios interno y externo en que la organización desarrolla sus operaciones”.

Además, ese mismo cuerpo normativo en el numeral 4.1. Prácticas y medidas de control, dispone lo siguiente:

“La administración debe diseñar y adoptar las medidas y las prácticas de control interno que mejor se adapten a los procesos organizaciones, a los recursos disponibles, a las estrategias definidas para el enfrentamiento de los riesgos relevantes y a las características, en general, de la institución y sus funcionarios, y que coadyuven de mejor manera al logro de los objetivos y misión institucionales”.

² Ley General de Control Interno, 8292.

Si bien es cierto, la lista de espera es una problemática que ha estado presente a lo largo de los años a nivel institucional, es fundamental seguir promoviendo el involucramiento de las Direcciones de Sede adscritas a la Gerencia Médica, Direcciones de Redes Integradas de Prestación de Servicios de Salud, Direcciones de centros de salud y funcionarios, considerando la importancia que en materia representan con el tema, a fin de brindar un servicio ágil, oportuno e impostergable, acorde a procesos resolutivos que atiendan en tiempo y forma las necesidades del paciente, en apego de los principios de buena fe, oportunidad, eficiencia y eficacia.

Considerando lo anterior, y de acuerdo con lo señalado en la Constitución Política en su artículo 21 y normativa relacionada, en la Red de atención es fundamental determinar y ejecutar los procesos y procedimientos que pueden derivar en que el nivel de mayor complejidad faculte al de menor complejidad para solventar la problemática señalada y a lo cual se podría entre otras cosas considerar la implementación de programas de atención oportunos en los que podría ser valorados:

1. Cirugía ambulatoria local considerando jornadas no ordinarias, o jornadas de atención diferenciadas en las cuales se pueda brindar una atención coordinada entre unidades, y especialidades, en donde sea el profesional quien se traslade a los centros de salud, como campañas de atención.
2. Implementación de mecanismos como los hospitales de campaña en donde se implementen áreas quirúrgicas para la atención de patologías de baja complejidad que por medio de campañas de atención logren en conjunto con las autoridades locales brindar atención oportuna al asegurado.
3. Implementación de móviles quirúrgicas las cuales logren acceder al usuario y brindar atención in situ lo cual proveería un bienestar mayor a la población, oportunidad y mejora en el servicio, siendo que, dependiendo de la necesidad, incidencia y demanda, se podría atender la necesidad en tiempo y forma.
4. Modalidades de contratación por excepción, sea con funcionarios institucionales o externos.
5. Considerar la apertura para la compra de medicamentos que no requieran de un internamiento como lo son antibióticos intravenosos, en donde se pueda egresar al paciente el mismo día de la cirugía, lo cual brindaría más oportunidad para la atención de más pacientes, mejorando la ambulatorización.
6. Aprovechamiento de la infraestructura posterior a la jornada ordinaria (7am a 4pm) en donde por medio de alianzas con los funcionarios institucionales o privadas se brinde atención quirúrgica con la finalidad de atender las necesidades de los pacientes, posterior a la jornada ordinaria.
7. Establecimiento de alianzas público – privadas en las cuales, bajo un esquema de fiscalización, control de calidad, razonabilidad de precios, aprovechamiento de recursos y demostración de una limitación de imposibilidad técnica y logística institucional se establezca la necesidad de la compra de servicios temporal.

8. Consideración de personal pensionado, los cuales de manera individual como grupo o en conjunto con los colegios profesionales respectivos, y las cámaras e instituciones privadas, puedan conformar asociaciones o cooperativas que oferten a la institución, aquellas modalidades de atención que provean a la Institucional y al país una oportunidad para la resolución de la problemática actual de la lista de espera quirúrgica hasta que la necesidad se presente.
9. Considerar solicitar a instancias internacionales ayuda, con la finalidad de atender la necesidad imperante y creciente que representa la lista de espera, como por ejemplo la ayuda brindada años atrás por los Estados Unidos quienes ayudaron a la población de Puntarenas en el Barco – Médico.
10. Establecer centros quirúrgicos de especialización en donde sea rutinaria la práctica para la atención de una patología en específico, o varias correlacionadas, de ello se debe considerar la atención programada durante las 24 horas a fin de aprovechar todo el recurso.

De lo anterior es innegable la importancia en el direccionamiento y apoyo de la Gerencia Médica, quien a su vez debe de analizar las actividades desarrolladas en el tiempo por la Unidad Técnica de Listas de Espera considerando que a la fecha uno de los objetivos de ésta es desarrollar las estrategias que promuevan una reducción efectiva de las listas de espera, situación que se incrementa de acuerdo con la realidad actual.

La lista de espera por demás es una situación que involucra de lleno a la Institución como garante en la prestación de una atención oportuna, en la cual se implementen estrategias sostenidas y orientadas a la resolución de esta “lista”; es por ello que la Unidad Técnica Lista de Espera debe establecer en conjunto con las unidades, actividades oportunas para solventar la insatisfacción de la demanda y propiciar acciones concretas respecto a eficiencia, eficacia y economía en los procesos de la actividad, siendo consecuentes con lo señalado por las Organizaciones internacionales en Salud, la OCDE, lo reiterativo que ha sido la Sala Constitucional, e incluso esta Auditoría Interna en lo que nos concierne.

Además, la Contraloría General de la República en el informe: DFOE-SOC-IF-00014-2019, ha señalado dentro del proceso de planificación de los servicios de salud como eje temático fundamental el análisis de riesgos respecto a la atención de la salud, por consiguiente la dinámica que actualmente se suscita en el país respecto a la desescalada de casos COVID -19, el impacto de la vacunación, prevención a nivel institucional, e incremento en las listas de espera, así como afectación de la salud de la población pendiente de atención es un factor a considerar siendo que un incremento sostenido de casos que requieran de atención quirúrgica, en los servicios de la Caja Costarricense de Seguro Social, estaría afectando de manera considerable la prestación. Por ello, la institución debe de disponer de mecanismos que se activen en tiempo y forma a los efectos de proveer de todas las medidas de contingencia necesarias en pro de la continuidad de los servicios o en su defecto el análisis e implementación de programas alternativos que se reflejen en una mejora sustancial de la problemática evidenciada.

A su vez, es importante que la administración activa valore lo expuesto en aras de determinar si los mecanismos, criterios técnicos y tendencias, en relación con la atención y acciones para la atención de la lista de espera son concordantes con una realidad de oportunidad y equidad en los establecimientos de salud, considerando que existe un incremento sustancial referente a datos antes de la pandemia por COVID – 19 y los señalados por la UTLE para setiembre del 2021, en donde efectivamente la demanda sobrepasa la oferta, sea esto por nivel de complejidad, limitaciones y aspectos internos propios de cada centro, lo cual ha generado una inequidad en el sistema de salud, que se manifiesta en servicios colapsados como lo son “emergencias”, afectación financiera para la CCSS, patrono y pacientes y lo más preocupante un deterioro de la salud del paciente que a la postre es irreversible o que conlleve a la muerte.

Finalmente se recuerda el artículo 10 de la Ley General de Control Interno el cual menciona que es responsabilidad de la Administración Activa la ejecución de acciones que permitan establecer, mantener, perfeccionar y evaluar el Sistema de Control Interno; por lo cual es importante que realicen acciones de seguimiento para determinar la efectividad de las acciones implantadas.

Así mismo, la responsabilidad que compete a la Administración de velar porque se continúen cumpliendo las acciones ejecutadas para corregir los hechos determinados y tomar las acciones adicionales que se requieran en un futuro para mejorar las situaciones mencionadas, según lo dispuesto en los artículos 10, 12 y 17 de la Ley General de Control Interno.

Atentamente,

AUDITORÍA INTERNA

Lic. Olger Sánchez Carrillo
Auditor

OSC/RJS/RJM/LFM/lbc

- C. Doctor Román Macaya Hayes, presidente, Presidencia Ejecutiva U.P.1102
Doctor Roberto Cervantes Barrantes, gerente, Gerencia General U.P.1100
Doctor Eduardo Cambronero Hernández, director, Dirección Red de Servicios de Salud U.P. 2906
Doctora Marny Lorena Ramos Rivas, coordinadora general, Unidad Técnica de Listas de Espera U.P. 2911
Auditoría

Referencia: ID-67032