

Miércoles 17 de julio de 2013

N° 8650

Acta de la sesión extraordinaria número 8650, celebrada por la Junta Directiva de la Caja Costarricense de Seguro Social, a las doce horas del miércoles 17 de julio de 2013, con la asistencia de los señores: Vicepresidente, Dr. Fallas Camacho, quien preside; Directores: Sr. Nieto Guerrero, Ing. Salas Carrillo, Sr. Loría Chaves, Lic. Gutiérrez Jiménez, Lic. Marín Carvajal; Auditor, Lic. Hernández Castañeda; y Lic. Alfaro Morales, Subgerente Jurídico. Toma el acta Emma Zúñiga Valverde.

La señora Presidenta Ejecutiva participa en firma convenio con el ICE (Instituto Costarricense de Electricidad); tan pronto le sea posible se incorporará a la sesión.

El Director Meléndez González y la Directora Solera Picado informaron respecto de la imposibilidad de participar en esta sesión. Disfrutan de permiso sin goce de dietas.

Ingresan al salón de sesiones la señora Gerente Médico, doctora María Eugenia Villalta Bonilla; el doctor Manuel Navarro Correa, Director de la Unidad Técnica de Listas de Espera; la doctora Rocío Sánchez Montero, la licenciada Anabelle Somarribas, Asesora de la Gerencia Médica.

ARTICULO 1°

Se presenta el informe relativo a listas de espera.

La presentación está a cargo de la doctora Villalta Bonilla, quien se apoya en las siguientes láminas:

- I) Listas de Espera en Medicina Especializada
Causas de las listas de espera y Acciones Gerenciales dirigidas a la atención oportuna de los pacientes.
- II) ¿Hacia dónde vamos?
Contribuir al mejoramiento de la gestión a partir de la **detección de las causas** que generan las listas de espera, con la finalidad de **definir las estrategias** que permitan mediarlas y controlarlas.
- III) ¿Cómo se generan las Listas de Espera?
- IV) Capacidad Instalada.

Nivel Atención 1	Nivel Atención 2	Nivel Atención 3
-----------------------------	-----------------------------	-----------------------------

**Oferta.
Demanda.**

V)

MEJORAR
Gestión oferta

Consulta externa	<ul style="list-style-type: none"> • Utilización de Capacidad instalada (30% tiempo). • Distribución de los horarios médicos. • Gestión de agendas.
Emergencias	<ul style="list-style-type: none"> • Priorización, clasificación, y gestión de camas en observación. • Distribución de los horarios médicos.
Hospitalización	<ul style="list-style-type: none"> • Tiempo de médicos. • Distribución de los horarios médicos.
Cirugías	<ul style="list-style-type: none"> • Capacidad instalada. • Programación de cirugías y utilización de quirófanos. • Gestión de camas e Indicadores.

VI) ¿Cuáles son las alternativas de soluciones?
Plan para la reducción de plazos de listas de espera
Abril 2012.

VII) Cirugías.

VIII) ¿POR QUE PRIORIZAR CIRUGÍAS?

La lista de espera de procedimientos quirúrgicos es la que mayor repercusión pública ha tenido.

IX) Sistema de priorización de la lista de espera de cirugía en las especialidades y diagnósticos críticos.

X) **Diseño**
Lineamientos e Indicadores

- Indicador de quirófanos: 5 horas/sala abierta/turno.
- Programación con mayor antigüedad.
- Prioridad en Oncología y Cardiovascular.
- Indicador Gestión de la lista en el nivel Regional y Local.

Formación

Capacitación Gestión de listas de espera e implementación de indicadores	<ul style="list-style-type: none"> • 138 funcionarios (Direcciones Regionales y Establecimientos de Salud.) • Definición responsables de procesos en la gestión.
--	--

Evaluación

- Aplicación de indicador mensual.
- Consejos Gerenciales dirigidos al tema de listas de espera.

XI) Optimización del proceso

Guía para la gestión, conteo, verificación, certificación de Lista de Espera.

Depuración.

Prioridad para atención pacientes.

Sistema:

- 1) Primero en primero salir.
- 2) Mayor antigüedad.

Formación

Capacitación Gestión de listas de espera e implementación de indicadores	<ul style="list-style-type: none"> • 138 funcionarios (Direcciones Regionales y Establecimientos de Salud.) • Definición responsables de procesos en la gestión.
---	---

XII) Auto Evaluación Gerencial
Listas de Espera Quirúrgica (gráfico).

XIII) Procedimientos Diagnósticos Ambulatorios.

XIV) Procedimientos diagnósticos.

Registro personalizado:

- Plan de Capacitación Gestión Lista de Espera e implementación de indicadores.
- Personalizar listas quirúrgicas 29 establecimientos.

Lineamientos:

Diseño de lineamientos.

Formación.

Ultrasonido:

- Prescripción por perfil Médico.
- Realización por nivel de atención.

Mamografía:

- Priorización.
- Control (BIRADS).

Estudios radiológicos:

- Citas simultáneas en el mismo procedimiento.
- Metas por capacidad instalada.

XV) Hemodinamia y cardiovascular.
Adquisición de Equipamiento

Hospital México.
Hospital San Juan de Dios.

Recurso Humano especializado
Electrofisiología:
Cardiología intervencionista.

Recurso humano técnico.

Formación de Técnicos en cardiología
(hemodinamia)

Medicina Extracorpórea.

XVI) Otras acciones
Oncología

LINEAMIENTO:
NO DEBE HABER LISTA DE ESPERA.

Patología

2011 ESTUDIO HOSPITAL
ALAJUELA.
TIEMPOS DIFERENTES A
ESTABLECIDOS (DOS GRUPOS).

CLASIFICACIÓN ESPAÑOLA
TIEMPOS DE LECTURA BIOPSIA EN
RELACIÓN A PROCEDIMIENTO
QUIRÚRGICO.

XVII) Consulta externa.

XVIII) Diseño

Marco

Normativo.

Lineamiento de referencias y contrareferencias.

Priorización de asignación de citas.

Instrumento oportunidad de la asignación de citas.

Guía para la gestión de los servicios de Consulta Externa

1) Responsable agendas.

2) Distribución de consultorios.

3) Redistribución horarios médicos.

XIX) Emergencias.

XX)

Guía para la clasificación Triage, Sistema CITAS

Servicio de Emergencias

Clasificación. Priorización. Observación.

Capacitación.

Instructores

Certificación.

XXI) Hospitalización.

XXII) Guía para la gestión de camas

Gestores de camas:

Jefe de servicios

Jefe Enfermería

Capacidad instalada.

Distribución de los horarios

Médicos.

XXIII) **RETOS.**

Reducir tiempos de espera.

Reducir Tamaño de la lista

Aumentar oferta.

Gestionando mejor oferta.
Moderar la demanda.

Aumentar capacidad instalada diferentes niveles:

Mejorar la eficiencia uso de los recursos.
Promover métodos alternativos.
Taller
Buenas prácticas
Gestión Listas Espera.

Racionalizar la lista de espera

Mejorar sistemas de Información.
Establecer sistema de Priorización Lista de Espera.
Sistema de Depuración Lista.

Ingresa al salón de sesiones la doctora Balmaceda Arias y asume la Presidencia.

El Director Marín Carvajal señala que lo que se está comentando, le da pie a pensar que hoy en día, en la realidad de cada hospital, de cada unidad ejecutora, existen los famosos permisos; además, hay médicos que se contratan por ocho horas y terminan trabajando cuatro, hay médicos de medio tiempo y si acaso laboran dos horas. Le parece que debiera existir una directriz o un lineamiento de que esas situaciones están absolutamente prohibidas, para ayudar a los Directores Médicos o a los Directores de Áreas de Salud, para que ellos tengan suficiente embalaje para poder exigir el cumplimiento de horarios. Se está pidiendo productividad y rendimiento a la señora Gerente Médico, a los Directores de Hospitales, Directores de Áreas de Salud, Directores de EBAIS, pero no se les da poder para que ellos puedan exigir.

Señala el Director Fallas Camacho que ese es un asunto directamente de la Administración, que tiene que velar por el cumplimiento, porque esas obligaciones están establecidas en el manual de funciones y va un poco más allá, pero esta es una falta de planificación global, ahí no hay planificación.

La señora Gerente Médico insiste en que la Gerencia debe tratar de mejorar la oferta y de ordenarla, con lineamientos y con guías; los pacientes entran por varios lugares a hospitalización. Ya se habló de salas quirúrgicas, de consulta externa y ahora de emergencias. En algún momento cree que don Adolfo le había planteado cómo se va a organizar el servicio de emergencia; resulta que aquí está el doctor Soto, que es emergenciólogo, quien estará en el Hospital de Guápiles hasta enero, que termina el trabajo y ha estado ayudando a la Gerencia. Ya se había solicitado que se organizara el servicio de emergencias, se hizo un convenio con el 911 y se capacitó a nueve emergenciólogos del país, por parte de instructores canadienses, en el sistema de TRIAGE, que es la clasificación de los pacientes.

El Director Marín Carvajal, para cerrar esta parte, señala que le parece sumamente necesaria esa iniciativa de capacitación para todos los hospitales que tengan servicios de emergencia; no obstante rogaría que se dote de un emergenciólogo a los hospitales nacionales y los hospitales

especializados, y a todos los hospitales regionales y si se pudiera hasta los periféricos, y en el caso concreto al Hospital de Nicoya.

El Director Fallas Camacho opina que primero hay que identificar cuáles son las necesidades de una población, lo que se puede hacer a través de las estadísticas y en función de esa referencia organizar todo el esquema de cómo se va a dar respuesta a esa necesidad, en todo sentido, si es con emergenciólogos, si es con enfermeras y no solo el elemento humano, sino la infraestructura física y tecnológica que se requiere. Pero esa decisión se tiene que tomar cuando se tenga el panorama identificado. Ahora se pueden lanzar ideas, que posiblemente son buenas, pero no se sabe cuándo, en qué hora; eso tiene que surgir de un análisis que se presente a esta Junta Directiva formal y técnicamente para poder tomar la decisión.

Anota el Director Marín Carvajal que está de acuerdo. Tal vez se malinterpretó su comentario; su idea es que aparte de los hospitales nacionales, los hospitales regionales deberían contar con un emergenciólogo como mínimo, porque en muchos casos el servicio de emergencias atiende pacientes que corresponderían a la consulta externa y ahí se están colando muchas situaciones ajenas a ese servicio; y si se tuviera gente capacitada, se pararía ese tipo de práctica.

En atención a observaciones del Director Fallas Camacho, la doctora Villalta Bonilla indica que lo que se pretende es que el Jefe de Servicio y el Jefe de Enfermería se involucren con la gente de Admisión, pero para contemplar ese problema la licenciada Somarribas puede explicar y ampliar el concepto.

Señala la licenciada Somarribas que la idea es que conozca cómo es el registro, cuál es la morbilidad, cuál es el perfil demográfico que se tiene y qué se puede atender, pero también que sepan cuál es el manejo, que el médico pueda decir si un paciente egresa el lunes y se tenga todo listo con respecto a la salida; otro concepto importante es el de camas de un solo servicio, de manera que si sobran en uno, se puedan ceder a otros servicios que lo necesitan.

Continúa el doctor Navarro Correa con la exposición del tema, para lo cual se apoya en las láminas que se especifican:

- 1) Caja Costarricense de Seguro Social
Gerencia Médica
Evaluación de lineamientos de listas de espera.
- 2) Comportamiento Nacional de Listas de espera Quirúrgicas (gráfico).
- 3) Comportamiento de listas de espera de Consulta Externa (gráfico).
- 4) Comportamiento de listas de espera de Procedimientos Diagnósticos (gráfico).
- 5) Posicionamiento del tema en los establecimientos y regiones
- 6) Variables consideradas
 1. Disminución en el número de citas.
 2. Disminución en el plazo promedio.

3. Agenda 6 semanas progresivas 85%.
4. TUSH mayor al 80% 5 horas.
5. Producción 85% más antigua.
6. Atención al lineamiento de Vesículas.
7. Atención al lineamiento de Hernias.

Valor con base a 100 puntos

7) Valores obtenidos – Hospitales Nacionales

Establecimiento	Valor en abril 13	Valor en junio 13
Hospital Max Peralta Jiménez	82	52
Hospital México	60	25
Hospital Dr. Rafael A. Calderón Guardia	35	50
Hospital San Juan de Dios	30	75

8) Valores obtenidos – Hospitales Regionales

Establecimiento	Valor en abril 13	Valor en junio 13
Hospital San Rafael de Alajuela	85	85
Hospital Fernando Escalante Pradilla	75	40
Hospital Enrique Baltodano Briceño	65	50
Hospital Tony Facio	61	61
Hospital San Carlos	49	45
Hospital Monseñor Sanabria	43	20

9) Valores obtenidos – Hospitales Periférico

Establecimiento	Valor en abril 13	Valor en junio 13
Hospital William Allen Taylor	88	50
Hospital Tomás Casas	88	47
Hospital Neily	86	21
Hospital Los Chiles	83	56
Hospital San Vito	82	70
Hospital Carlos Luis Valverde Vega	80	35
Hospital Golfito	75	43
Hospital Max Terán Vals	71	44
Hospital San Vicente de Paúl	59	36
Hospital Upala	49	35
Hospital de Guápiles	35	21
Hospital de La Anexión	35	43
Hospital San Francisco de Asís	22	30

10) Valores obtenidos – Direcciones Regionales

Región	Valor en abril 13	Valor en junio 13
Central Sur	85	51
Brunca	81	44
Huetar Norte	66	46
Central Norte	62	46
Pacífico Central	57	32
Chorotega	50	43
Huetar Atlántico	48	51

Ingresan al salón de sesiones los doctores Francisco Pérez Gutiérrez, Director del Hospital San Rafael de Alajuela; Hilda Oreamuno Ramos, Directora Hospital San Juan de Dios; Seidy Herrera, Directora del Hospital Enrique Baltodano Briceño de Liberia.

El doctor Navarro Correa resume el dato de pacientes en lista de espera, que en junio de 2012 era de 118.000 y ahora es de 105.000, lo que evidencia que ha habido una mejora en plazo y cantidad de pacientes. Hay una guía que lo que trata de establecer es la meta que tiene cada servicio, por capacidad instalada y por edad. En cuanto a diagnóstico, hay 250.370 pacientes en espera, 50.000 corresponden a ultrasonidos, 16.000 a mamografías.

Interviene el Director Marín Carvajal, quien consulta si aquí se contempla los casos de citologías pendientes.

El Director Gutiérrez Jiménez manifiesta que quisiera saber cuáles son los centros donde se está teniendo más problemas y cómo contribuye la red a afectar esas condiciones.

Manifiesta la doctora Balmaceda Arias que uno de los principales problemas era el registro; lo que ocurría era que las agendas las llevaban los médicos en forma individualizada, manual; empezó un proceso desde 2008 para digitalizar las agendas, que es parte fundamental de las listas de espera, porque si no se tiene la agenda digitalizada, no se puede saber cuál es realmente la lista de espera.

Considera el Director Gutiérrez Jiménez que esa es una cuestión más administrativa; lo que quiere saber es cuáles son aquellas unidades que son más problemáticas, para desagregar un poco cuáles son las causas, comparando con otras, porque lo que cree es que los procesos deben ser mucho más precisos.

Solicita la doctora Balmaceda Arias esperar a que se haga la presentación, porque ahí se detalla cuáles centros son los que más tienen lista de espera, cuáles son los que han hecho progresos, etc.

Le sorprende al Director Marín Carvajal que algunos hospitales que fueron intervenidos, por ejemplo el caso de Cartago, mejoraron los indicadores; hay otros que se han deteriorado, el caso por ejemplo del hospital de Grecia.

En cuanto a los centros intervenidos, señala la doctora Villalta Bonilla que en el caso de Grecia y en el caso de Nicoya, los dos cambiaron al Jefe de Registros Médicos y mejoraron los registros; en ellos se ve más bien un incremento en la lista de espera y era porque no se estaban registrando todos los casos.

Agrega el doctor Navarro Corea que hicieron el mismo ejercicio en las unidades regionales, donde se empodera a la Dirección General para que tome el rumbo. Quizá algo que resaltar es que están solicitando la licencia de un sistema como el empleado para cirugías, que van a aplicarlo dentro de quince días.

Señala la doctora Balmaceda Arias que en la gestión de las listas de espera, primero hay que hacer la depuración a nivel nacional de todas las listas, que es el proceso que se ha venido implementando y han logrado bajar un porcentaje significativo. Otro aspecto es la gestión en red, que hay que evaluarla para ver la potencialidad que tiene una red y si es necesario descargarla en otra que tiene más capacidad. Por otra parte, más adelante se tendrá la presentación de la doctora Rocío Sánchez Montero respecto a cuáles son los tiempos óptimos de espera por diagnóstico y por especialidad; siempre se va a tener lista pero no es lo mismo que un paciente espere una cirugía ocular de emergencia a que espere una várice de grado 1.

La siguiente presentación está a cargo del doctor Francisco Pérez Gutiérrez:

- I) Caja Costarricense de Seguro Social
Gerencia Médica
Estado de Listas de Espera, Acciones, avances y resultados de la Gestión.
Hospital San Rafael de Alajuela
Julio 2013.
- II) En cualquier sistema de salud lo ideal es que exista un equilibrio entre la demanda y la capacidad instalada (oferta), pero al no darse, se genera una brecha que produce las listas de espera
- III) Información General sobre el establecimiento.
 - Población adscrita.
 - Directa: 335.301.
 - Indirecta: 277.504.
 - Número de camas.
 - Hospitalización: 280.
 - Medicina: 90.
 - Cirugía: 90.
 - Ginecología: 24.

- Obstetricia: 36.
 - Pediatría: 28.
 - Neonatología: 12.
 - Observación emergencias: 18 Adultos, 8 Niños.
 - UCI: 6.
- N° de quirófanos (quirófanos habilitados): 8.

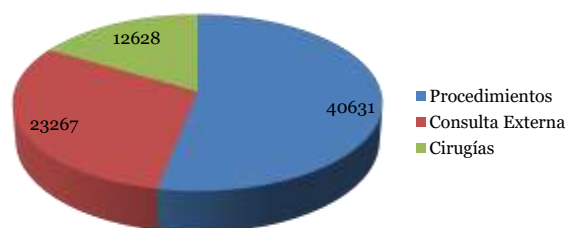
IV) Información General sobre el establecimiento.
Recurso humano.

Especialidades	N° Profesionales	I Turno	II y III Turno	Observaciones
Medicina	38	37	1	3 ½ tiempo
Cirugía	35	33	2	7 ½ tiempo 1 ¾ tiempo
Ginecoobstetricia	13	10	3	2 ¾ tiempo
Pediatría	10	10	0	1 ½ tiempo
Cirugía Pediatría	4	3	1	
Radiología	5	5	0	
Anatomía Patológica	4	4	0	1 ¾ tiempo
Anestesia	13	11	2	1 ½ tiempo

V) Estado actual de Listas de Espera
Junio 2013.



Estado actual de Listas de Espera
Junio 2013



VI) Área de cirugías.

VII) Generalidades.

CITAS PENDIENTES POR AÑO DE INGRESO (CORTE 30 DE JUNIO 2013)

ESPECIALIDAD									TOTAL GENERAL
	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	
CIRUGIA GENERAL	32	103	132	213	300	649	1133	819	3381
CIRUGIA GENERAL									
PEDIATRICA				1	1	13	197	244	456
CIRUGIA VASCULAR									
PERIFERICA	1	50	90	123	100	124	172	200	860
GINECOLOGIA					22	395	739	498	1654
OFTALMOLOGIA					12	136	1505	878	2531
ORTOPEDIA		5	66	144	229	597	754	386	2181
ORL							3	112	115
UROLOGIA			15	50	97	358	528	393	1450
TOTAL GENERAL	33	158	303	540	761	2272	5031	3530	12628

VIII) Generalidades

Ingresos y Egresos del Sistema de Listas de Espera Quirúrgica
Hospital San Rafael de Alajuela, I Semestre 2013

ESPECIALIDAD	I SEMESTRE		Promedio Diario	
	Ingresos	Egresos	Ingresos	Egresos
GINECOLOGIA	545	544	4,40	4,39
CIRUGIA GENERAL	1072	1464	8,65	11,81
VASCULAR	233	244	1,88	1,97
ORTOPEDIA	463	518	3,65	4,18
CIRUGIA PEDIATRICA	333	416	2,69	3,35
OFTALMOLOGIA	974	671	7,85	5,41
UROLOGIA	534	621	4,31	5,01
OTORRINO	219	129	1,77	1,04
TOTAL			35,19	37,15
		4363		4607

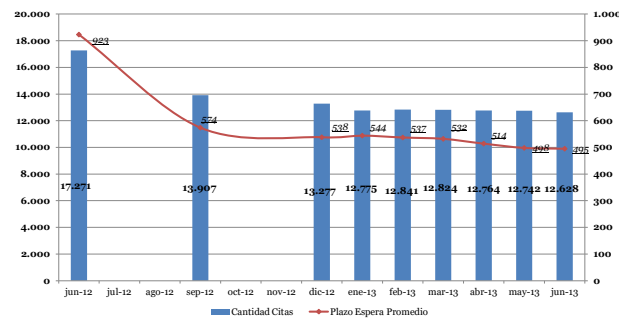
IX) Número de Cirugías y Plazo de Espera
Junio 2012-Junio 2013 , según Especialidad

CIRUGIA	PLAZOS DE ESPERA PARA CIRUGIA					
	AL 30 DE JUNIO 2012		AL 30 DE JUNIO 2013		Diferencia	
	Citas	Plazo en Años	Citas	Plazo en Años	Citas	Plazo en Años
Cirugía General	5584	2,3	3381	1,8	-2203	-0,50
Cirugía Pediátrica	934	3,4	456	0,6	-478	-2,85
Cirugía Ginecológica	2150	5,0	1654	1,0	-496	-3,99
Cirugía Oftalmológica	2026	2,2	2531	0,8	505	-1,45
Cirugía ORL	73	0,4	115	0,2	42	-0,22
Cirugía Ortopédica	3153	5,2	2181	1,7	-972	-3,55
Cirugía Urológica	2011	7,5	1400	1,4	-611	-6,12
Cirugía Vascular Periférica	1540	5,3	860	2,3	-680	-3,03

X) Comportamiento de la lista quirúrgica HSRA (Hospital San Rafael de Alajuela).



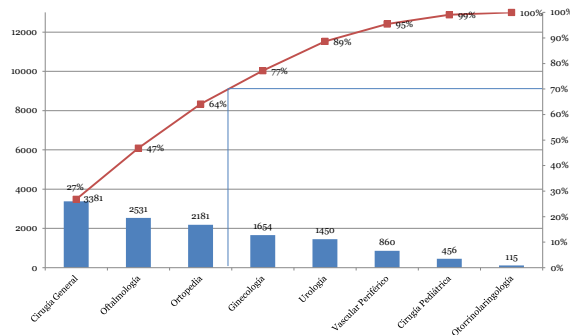
Comportamiento de la lista quirúrgica HSRA



XI) Estado actual de Listas de Espera Junio 2013: Cirugía.



Estado actual de Listas de Espera Junio 2013: Cirugía



XII) Utilización de quirófanos

MES	SALAS ABIERTAS	UTILIZACIÓN		
		>= 4 horas	< 4 y >= 3 horas	< 3 horas
ene-13	148	125 85%	18 12%	5 3%
feb-13	140	129 92%	5 4%	6 4%
mar-13	138	123 89%	14 10%	1 1%
abr-13	165	146 89%	15 9%	4 2%
may-13	174	148 84%	15 8%	11 6%
Promedio	765	671 88%	65 8%	29 4%

XIII) Acciones a corto y mediano plazo para la atención de la lista

Corto plazo.

- Fortalecimiento del Grupo Gestor.
- Depuración de Lista de Espera.
- Seguimiento y análisis semanal de lista de espera.
- Sistema de Priorización de pacientes.
- Apertura de Programa de Cirugía Menor Ambulatoria.
- Apertura de Programa de Cirugía Vespertina.
- Implementación de cirugía por Radiofrecuencia.
- Estudio de Rendimiento de Quirófanos.

Mediano plazo.

- Habilitación de dos quirófanos adicionales en jornada ordinaria.
- Recurso humano para la habilitación de cirugía en segundo turno.
- Incrementar la capacidad resolutive de Hospitales Periféricos.

XIV) Área de Consulta Externa.

XV) Generalidades.

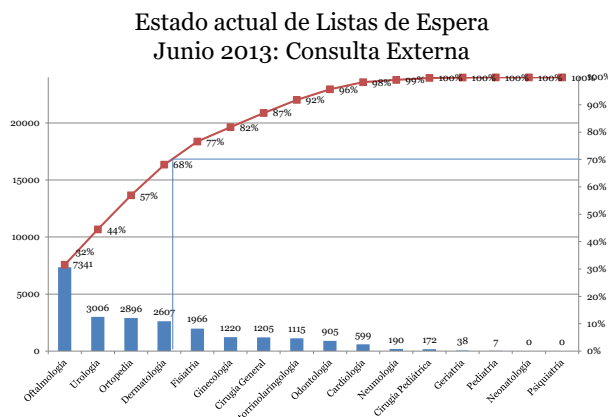
Cantidad de consultorios: 56.

Algunos indicadores de Consulta Externa Primer Semestre 2013.

- Horas Programadas: 19108 (3.26 pac/hora).
- Horas Utilizadas: 15464 (4.03 pac/hora).
- Porcentaje de utilización: 81%.
- Ausentismo: 13177 (17%).
- Sustitución: 8387 (64%).
- Ausentismo Real: 4790 (6%).
- Referencias ingresadas: 4100 (684/mes).
 - Ortopedia 1263, Ginecoobstetricia 640, Cirugía 589, ORL 337, Oftalmología 336, Cx Ped. 321.
- Altas: 5229 (8%).

XVI) Estado actual de Listas de Espera

Junio 2013: Consulta Externa.



XVII) Estado de Listas de Consulta Externa

HOSPITAL SAN RAFAEL DE ALAJUELA
COMPARACIÓN DEL COMPORTAMIENTO DE LISTA DE ESPERA CONSULTA EXTERNA
JUNIO 2012 - 2013

ESPECIALIDAD	Jun-12		Jun-13		DIFERENCIA DE CITAS	DIFERENCIA PLAZO
	CITAS PENDIENTES	PLAZO ESPERA EN AÑOS	CITAS PENDIENTES	PLAZO ESPERA EN AÑOS		
OFTALMOLOGIA	6.695	3,4	7.341	4,4	-646	1,0
UROLOGIA	2.591	3,4	3.006	2,5	-415	0,9
ORTOPEDIA	2.658	2,5	2.896	2,8	-238	-0,3
DERMATOLOGIA	4.118	3,4	2.607	0,9	1.511	2,5
REHABILITACION	1.849	1,4	1.966	1,0	-117	0,5
GINECOLOGIA	1.782	2,4	1.320	0,7	522	1,7
QUIRURGIA GENERAL	999	1,0	1.205	1,0	-206	0,0
OTORRINOLARINGOLOGIA	1.025	1,1	1.115	1,5	-90	-0,4
ODONTOLOGIA	917	1,1	905	1,1	12	0,0
CARDIOLOGIA	775	1,0	599	1,2	176	-0,2
NEUMOLOGIA	145	1,4	190	0,7	-45	0,7
QUIRURGIA INFANTIL	1.092	0,9	172	0,4	920	0,5
GERIATRIA	0	0,0	38	0,3	-38	-0,3
PEDIATRIA	0	0,0	7	0,2	-7	-0,2
PSIQUIATRIA	0	0,0	0	0,0	0	0,0
TOTAL	24.606	1,7	23.314	1,5	1.319	0,4

XVIII) Acciones a corto y mediano plazo para la atención de la lista

Corto plazo.

- Sistema de recordatorio de citas.
- Depuración de lista de espera.
- Sistema de Valoración de Referencias.

Mediano plazo

- Habilitación de Consultorios adicionales (Traslado de especialidades de CMRC).
- Recurso humano adicional en servicios de apoyo.
- Definición e implementación de Protocolos de Referencia.
- Fortalecimiento de Telemedicina en Áreas de Salud.
- Mejorar la Capacidad Instalada y Resolutividad del Primer Nivel.

XIX) Procedimientos Diagnósticos Ambulatorios.

XX) Estado actual de Listas de Espera
Junio 2013: Procedimientos.

XXI) Estado de Listas de Procedimientos

HOSPITAL SAN RAFAEL DE ALAJUELA
COMPARACIÓN DEL COMPORTAMIENTO DE LISTA DE ESPERA PROCEDIMIENTOS
JUNIO 2012 - 2013

ESPECIALIDAD	Jun-12		Jun-13		DIFERENCIA DE CITAS	DIFERENCIA PLAZO
	CITAS PENDIENTES	PLAZO ESPERA EN AÑOS	CITAS PENDIENTES	PLAZO ESPERA EN AÑOS		
US General	15.610	3,5	16.610	4,3	-1.000	-0,8
Gastroscopia	10.136	8,0	11.278	5,3	-1.142	2,6
Mamografía	4.228	1,5	4.529	1,5	-301	0,0
Colonoscopia	2.778	6,5	2.057	3,4	721	3,0
Colposcopia	0	0,0	1.999	1,0	-1.999	-1,0
US Ginecológico	794	0,8	1.551	0,9	-757	-0,1
TAC	87	0,5	921	1,4	-834	-0,9
Ecocardiograma	609	1,2	700	1,3	-91	-0,1
Rectoscopia	398	3,2	594	4,2	-196	-1,0
Hofter	0	0,0	207	1,1	-207	-1,1
Prueba de Esfuerzo	140	1,1	177	1,2	-37	-0,2
Broncoscopias	0	0,0	8	0,1	-8	-0,1
TOTAL	35.663	1,8	40.631	1,9	-4.336	-0,1

XXII) Acciones a corto y mediano plazo para la atención de la lista

Corto plazo.

- Habilitación de sala de endoscopia adicional.
- Depuración de lista de espera.
- Realización y diagnóstico de mamografías con apoyo UTLE.
- Programa de realización de ultrasonidos con apoyo UTLE.

Mediano plazo.

- Recurso humano (Técnico y Profesional en Gastroenterología y Radiología).
- Construcción de tres salas de ultrasonidos (en proceso).

Señala el doctor Pérez que en cuanto a los quirófanos, se tienen 8 habilitados que tienen una capacidad de producción, pero no es suficiente para cubrir la demanda de la población, que se ha incrementado por varios factores; uno muy importante es el envejecimiento de la población y el cambio del perfil epidemiológico, que ha hecho que muchos de estos pacientes requieran atención constantemente y que sean atendidos parte en consulta externa y parte en procedimientos quirúrgicos. Es importante señalar que donde existen mayores problemas es en cirugía oftalmológica, la demanda es grande y hay escasez de quirófanos, situación que se agrava porque el Hospital de San Ramón solo tiene un oftalmólogo y los pacientes de ese centro pasan a engrosar las filas del Hospital de Alajuela. Es igual el caso de ortopedia; San Ramón solo tiene un médico y cuando no está, estos pacientes son referidos a Alajuela y, además, tienen el problema que Grecia, que tiene 3 ortopedistas, cerró porque no pueden operar casos de complejidad porque no tienen equipo y estos pacientes también ingresan a Alajuela y están aumentando las listas.

Agrega el doctor Pérez que otro problema, que no es solamente del Hospital de Alajuela, lo constituyen los pacientes del INS, que ingresan constantemente a los centros de la Caja, ocupan una cama, ocupan sala de operaciones y están desplazando a los pacientes propios que están en lista de espera. Los casos de motociclistas accidentados, que son los más frecuentes, el INS no los atiende alegando que agotaron la póliza y los pacientes se quedan en el Hospital, que los tiene que atender y aparte de eso, aumentan las incapacidades y la consulta externa en ortopedia. En algunas ocasiones, el INS (Instituto Nacional de Seguros) les devuelve pacientes accidentados porque se les acabó la póliza y vienen al servicio de cirugía o medicina con complicaciones.

El Director Gutiérrez Jiménez comenta que tiene la tesis de que la lista de espera como tal sí debe ser atacada, es importante; sin embargo, verlo desde el punto de vista del centro únicamente le parece que es equivocado y que más bien se debe ir a la red. Le gustaría oír cómo afecta a los directores de los hospitales y qué harían, porque sinceramente cree que son ellos los que tienen que dar las soluciones. Y mientras esto no ocurra, el tema no va a cambiar.

El Director Fallas Camacho considera que estas presentaciones dan una orientación; sin duda alguna los Directores de los centros médicos han hecho un esfuerzo que considera muy bueno. Cree que la exposición y el planteamiento que han hecho enriquecen mucho el tema y aportan elementos que posiblemente serán incorporados, porque compaginan con las ideas que la misma doctora Sánchez Montero presentó en la primera fase del estudio que se está llevando a cabo en esta materia.

Agrega la doctora Balmaceda Arias que es la operacionalización de las directrices de emergencia y se han apuntado. Quiere agradecerle al doctor Pérez, porque ha hecho muy buena labor en las listas de espera.

Considera el doctor Pérez Gutiérrez que hoy día la medicina tiene que fortalecer los programas ambulatorios, porque las camas tienen un costo muy alto, muy elevado. Tiene referencias y empezaron con un hospital de día, que le ahorra a la Caja millones de colones. El sistema del hospital de día tiene dos objetivos; uno, reducir la estancia hospitalaria y que el paciente continúe el tratamiento ambulatorio en un hospital de día; dos, manejar pacientes que no pueden movilizarse y que se pueden manejar ambulatoriamente para hospitalizarlos. El sistema ha dado muy buenos resultados, algunos los conocen, y hay que fortalecerlos; hay que fortalecer la cirugía ambulatoria, para utilizar lo menos posible la cama hospitalaria.

El Director Marín Carvajal anota que, hasta donde tiene entendido, se está hablando del término hospital; para él, el hospital es una infraestructura que está definida para lo que debe ser en su génesis: el servicio de hospitalización propiamente. De manera que las diferentes problemáticas en materia de salud deben ser resueltas en otras instancias, y cree que así está estructurada toda la Institución. Las instancias en que deben ser atendidos estos casos son las áreas de salud y de cirugía. Por ejemplo, cuando señala el doctor Pérez aspectos tan simples que solo deben convergir dentro del hospital de la Caja, no comprende cómo el Hospital regional de Grecia tiene tres ortopedistas y un hospital casi de cabecera tiene solo un ortopedista; y los tres de Grecia no tienen ninguna resolución, porque no tienen los equipos.

A propósito de la aclaración de la doctora Balmaceda Arias, en el sentido de que no tienen salas donde operar, insiste el Director Marín Carvajal que aun así no comprende si la población adscrita de Grecia es diametralmente inferior a la de Alajuela, por qué allá hay tres especialistas.

Aclara el doctor Pérez que, aunque Grecia tiene tres ortopedistas, que podrían resolver los problemas de los pacientes y no referirlos al Hospital de Alajuela, no lo pueden hacer porque no tienen salas ni equipo. Es por ello que considera que se debe fortalecer el hospital de Grecia.

Agradece el Director Marín Carvajal la aclaración y agrega que quisiera ver de qué manera se puede abordar el problema de la cirugía general y de los ultrasonidos propiamente, que es lo que requiere el Hospital de Alajuela.

Refiere el doctor Pérez Gutiérrez que en este momento están trabajando con un sistema con la UTLE (Unidad Técnica de Listas de Espera), haciendo ultrasonidos; pero lo que cree es que esto tiene que ser algo más sostenible, porque no se gana nada con bajar la cantidad de ultrasonidos solo en un momento determinado, si luego se vuelve a incrementar. Es por eso que están creando más unidades para hacer los cubículos para ultrasonidos, y esperan que a la hora de distribuir, les asignen más plazas de radiólogos, ojalá para trabajar un segundo turno. Cree que hay dos aspectos importantes; lo que se ha logrado no es solo él, el doctor Pérez, es un trabajo de equipo; han logrado el convencimiento y una participación de todos y eso es fundamental. El otro aspecto es que de parte de la Gerencia Médica han tenido una gran apertura, en el sentido de poder llegar y discutir los casos y presentar los problemas y las inquietudes que han detectado con los directores y que los acojan.

La doctora Herrera Rodríguez procede a la presentación, con base en las siguientes láminas:

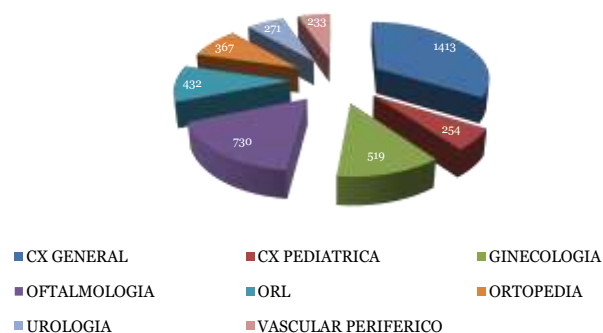
- 1) Caja Costarricense de Seguro Social
Gerencia Médica
Estado de Listas de Espera, Acciones, avances y resultados de la Gestión.
Hospital Enrique Baltodano Briceño
Julio 2013.
- 2) Hospital Enrique Baltodano Briceño
Estado actual de Listas de Espera
Junio 2013.

Hospital Dr. Enrique Baltodano Briceño
Estado actual de Listas de Espera
Junio 2013

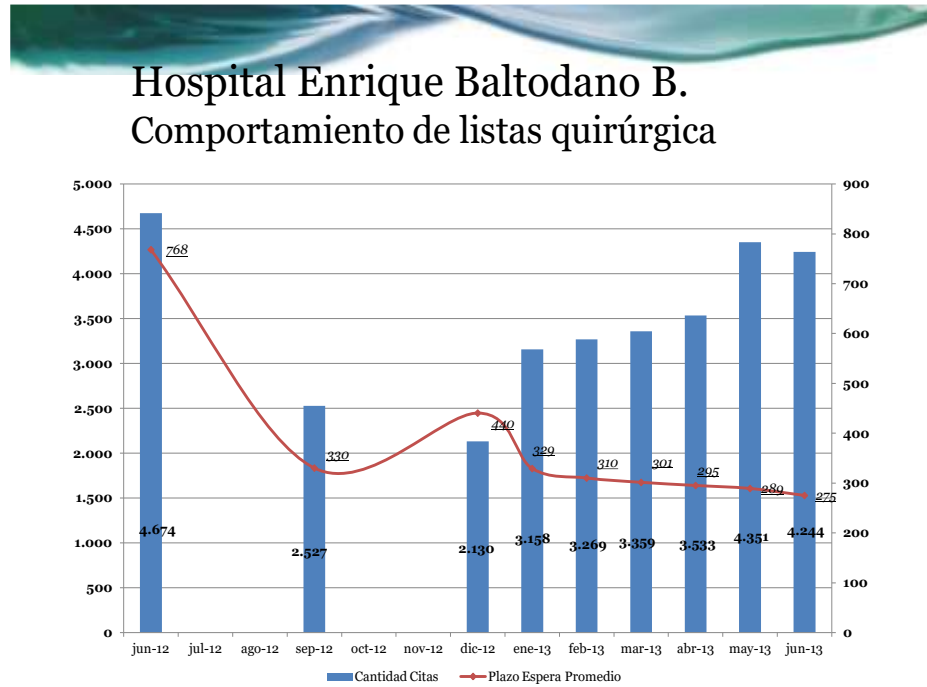


- 3) Área de cirugías.
- 4) Hospital Enrique Baltodano Briceño
Estado actual de Lista de Espera Quirúrgica
Junio 2013.

Hospital Dr. Enrique Baltodano Briceño
Estado actual de Lista de Espera Quirúrgica
Junio 2013



5) Hospital Enrique Baltodano B.
Comportamiento de listas quirúrgica.



6) Hospital Dr. Enrique Baltodano Briceño
Ingresos / egresos promedios mensuales por especialidad y total en el primer semestre del año 2013

ESPECIALIDAD	Corte 01 Enero al 30 Junio 2013	
	Casos Nuevos	# Registros Resueltos
CX GENERAL	549	477
CX PEDIATRICA	254	238
GINECOLOGIA	359	306
OFTALMOLOGIA	365	147
ORL	162	105
ORTOPEDIA	143	71
UROLOGIA	124	98
VASCULAR PERIFERICO	224	106
TOTAL GENERAL	2180	1548

7) Hospital Dr. Enrique Baltodano Briceño
Utilización de quirófanos I Semestre 2013

Mes	Salas Abiertas	Mayor o igual a 4 horas	Menor a 4 y mayor o igual a 3	Menor a 3 horas
Enero	104	90	7	7
		87%	7%	7%
Febrero	100	89	7	4
		89%	7%	4%
Marzo	88	82	4	2
		93%	5%	2%
Abril	104	98	4	2
		94%	4%	2%
Mayo	84	76	5	3
		91%	6%	3%
Junio	100	98	0	2
		98%	0%	2%

8)

Lista de Espera por Especialidad y Año de Ingreso

H. Enrique Baltodano Briceño. Junio 2012

ESPECIALIDAD	2007	2008	2009	2010	2011	2012
CX GENERAL	0	132	141	222	888	365
CX PEDIATRICA	0	33	74	88	52	132
GINECOLOGIA	9	160	121	257	135	91
NEUROCIRUGIA	0	2	6	4		1
OFTALMOLOGIA	0	22	147	40	22	27
ORL	0	75	98	249	84	176
ORTOPEDIA	0	19	81	163	97	103
UROLOGIA	1	54	98	162	67	82
VASCULAR PERIFERICO	0	36	106	166	58	140
Total general	10	533	872	1351	1403	1117

Pacientes en Lista de Espera Según Año de ingreso

H. Enrique Baltodano. Junio 2013

ESPECIALIDAD	2010	2011	2012	2013
CX GENERAL	0	450	516	459
CX PEDIATRICA	0	0	0	254
GINECOLOGIA	2	11	152	359
OFTALMOLOGIA	0	115	251	367
ORL	1	43	227	162
ORTOPEDIA	1	61	165	143
UROLOGIA	1	47	100	124
VASCULAR PERIFERICO	0	0	9	224
Total general	5	727	1420	2092

- 9) Acciones a corto y mediano plazo para la atención de la lista.

Corto plazo:

- ✓ Depuración.
- ✓ Centralización Gestión de Agendas.
- ✓ Evaluación Semanal.
- ✓ Fortalecimiento del Programa de Cirugía Ambulatoria.
- ✓ Asignación de 6 camas al Programa de Internamiento Corto.

- 10) Área de Consulta Externa.

- 11) Hospital Dr. Enrique Baltodano Briceño
Estado actual de Listas de Espera Consulta Externa
Junio 2013.

- 12)

HOSPITAL DR. ENRIQUE BALTODANO BRICEÑO
COMPARACIÓN DEL COMPORTAMIENTO DE LISTA DE ESPERA CONSULTA EXTERNA
JUNIO 2012 - 2013

ESPECIALIDAD	jun-12		jun-13		DIFERENCIA DE CITAS	DIFERENCIA PLAZO
	CITAS PENDIENTES	PLAZO ESPERA EN AÑOS	CITAS PENDIENTES	PLAZO ESPERA EN AÑOS		
ORTOPEDIA	1978	1,3	3700	2,9	-1722	-1,6
OFTALMOLOGIA	1495	1,2	1552	1,5	-57	-0,2
OTORRINOLARINGOLOGIA	453	0,5	660	0,8	-207	-0,3
REHABILITACION	430	0,9	498	0,9	-68	0,1
UROLOGIA	423	0,6	488	0,6	-65	0,0
GINECOLOGIA	430	0,7	174	0,5	256	0,3
DERMATOLOGIA	0	0,0	145	0,3	-145	-0,3
CIRUGIA GENERAL	0	0,0	83	0,3	-83	-0,3
PEDIATRIA	35	0,3	66	0,4	-31	-0,1
PSICOLOGIA CLINICA	70	0,4	59	0,5	11	-0,1
NEUROCIRUGIA	140	0,6	51	0,7	89	-0,2
MEDICINA INTERNA	77	0,3	29	0,3	48	0,0
CIRUGIA VASCULAR						
PERIFERICA	0	0,0	21	0,3	-21	-0,3
GERIATRIA	26	0,3	6	0,3	20	0,0
GASTROENTEROLOGIA	5	0,3	0	0,0	5	0,3
PSIQUIATRIA	0	0,0	0	0,0	0	0,0
TOTAL	5562	0,5	7532	0,6	-1970	-0,2

- 13) Acciones a corto y mediano plazo para la atención de la lista.

Corto plazo.

- Sustitución de Ausentes.
- Aumento en el número de altas.
- Contrareferencia al I Nivel.
- Revisión de Referencia según procedencia y cumplimiento de protocolo de envío.
- Revisión de Agendas.
- Ajuste de Agendas por médico según plazo real.

Mediano plazo.

- Reubicación del Área de Salud de Liberia.

14) Procedimientos Diagnósticos Ambulatorios.

15) Hospital Dr. Enrique Baltodano Briceño
Estado actual de Listas de Espera Procedimientos Diagnósticos
Junio 2013.

16) Estado de Listas de Consulta Externa
Cuadro comparativo junio 2012 – junio 2013,
con especialidad, citas y plazos de Espera.

ESPECIALIDAD	CORTE 30 JUNIO 2012		CORTE 30 JUNIO 2013		DIFERENCIAS DE CITAS	DIFERENCIAS PLAZO
	CITAS PENDIENTES	PLAZO ESPERA EN AÑOS	CITAS PENDIENTES	PLAZO ESPERA EN AÑOS		
ULTRASONIDO	3048	1,2	5377	1,5	2329	0,3
MAMOGRAFIA	790	1,0	3986	0,9	3196	-0,1
GASTROSCOPIA	716	0,6	1037	0,9	321	0,3
COLPOSCOPIA	216	0,4	673	0,5	457	0,1
ECOCARDIOGRAMA	302	0,5	552	0,6	250	0,1
COLONOSCOPIA	52	0,4	37	0,4	-15	0,0

17) Hospital Dr. Enrique Baltodano Briceño
Procedimientos Críticos.

Ultrasonido y Mamografía.

Capacidad instalada:

2 Médicos Radiólogos.

Horas contratadas semanales: 84.

Horas disponibles semanales: 75.

Puntos de producción:

- ✓ Estudios y reportes de TAC.
- ✓ Estudios especiales y su reporte.
- ✓ Interpretación de Mamografías y US complementarios.
- ✓ Ultrasonidos.

La doctora Herrera Rodríguez aclara que la red hospitalaria de la región Chorotega está conformado por tres hospitales: el general, el periférico 2 y el periférico 1, y doce áreas de salud en los doce cantones de la provincia de Guanacaste, más el cantón de Upala. Tienen problemas resolutivos del primer nivel sobre todo en áreas rurales, por la rotación que tienen que esperar, en un porcentaje importante, por servicio social. Respecto a los hospitales, está el periférico 1 cuyo nivel resolutivo es muy bajo, prácticamente nulo; y un periférico 2 con un nivel resolutivo básico, de especialidades básicas, y ha tenido una migración muy significativa de parte de los especialistas de este hospital, lo que le ha venido bajando el nivel resolutivo. El hospital Enrique

Baltodano Briceño cuenta en este momento con una población adscrita directa de alrededor de 70.000 habitantes y una indirecta de 340.000 más o menos, que es lo que le corresponde atender; tiene una dotación de 178 camas, en el primer semestre del año 2013 sacó alrededor de 6.048 egresos hospitalarios con un índice ocupacional de 96% y con una estancia promedio de 4.5%, lo cual hace que, en el semestre, la misma cama se utilizó 36 veces. Reingresos han tenido 8 en el servicio de obstetricia por falsa labor de parto; y quiere dejar muy claro que en obstetricia los pacientes son de lugares distantes, que llegan a las 8 y 9 de la noche y nadie se va a exponer a devolver a una embarazada a su casa, poniendo en peligro la vida de ella y la de su bebé. En este momento, hasta el 30 de junio, contaban con cinco quirófanos para cirugía mayor ambulatoria, con anestesia general y un quirófano con anestesia local. A partir de mañana se quedarán con 4 quirófanos porque se retira una licenciada, que era la que ayudaba a cubrir las vacaciones de los especialistas; quiere agradecerla a la Institución porque les ha venido dotando de especialistas de anestesiología, pero resulta que en Liberia funciona un CIMA y tienen y han tenido una fuga de recursos humanos hacia los centros privados.

Prosigue la doctora Oreamuno Ramos con la presentación del tema, para lo cual se apoya en las siguientes láminas:

- 1) Caja Costarricense de Seguro Social
Gerencia Médica
Estado de Listas de Espera, Acciones, avances y resultados de la Gestión.
Hospital San Juan de Dios
Julio 2013
- 2) Información General sobre el HSJD (Población y Camas).

TOTAL POBLACION 2013	AREA DE ATRACCION	
	DIRECTA	INDIRECTA
1.610.265	1.311.606	298.659

DESCRIPCION	CANTIDAD DE CAMAS POR AREA
CAMAS SECCION DE MEDICINA	240
CAMAS SECCION DE CIRUGIA	289
CAMAS SERVICIO DE EMERGENCIAS (OBSERVACION)	24
OBSERVACION MEDICINA	16
OBSERVACION CIRUGIA	8
CAMAS UNIDAD CUIDADOS INTENSIVOS	16
TOTAL	569

3) Información General sobre el HSJD (Quirófanos).

DESCRIPCION	CANTIDAD DE QUIROFANOS
QUIROFANOS HABILITADOS DENTRO DEL HOSPITAL	4
SALA DE UNIDAD NACIONAL DE QUEMADOS	1
QUIROFANOS PERIFERICOS	
C.A.I.S. PURISCAL	2
C.A.I.S. DESAMPARADOS	2
CLINICA OFTALMOLOGICA	1
CENARE	1
TOTAL GENERAL	11

4) Información General sobre el HSJD (Recurso Humano).

SECCIONES / DEPARTAMENTOS	CANT. ESPECIALIDADES	CANT. MEDICOS ESPECIALISTAS
SECCIÓN DE CIRUGÍA	13	104
SECCIÓN DE MEDICINA	15	106
SECCION DE GINECO-OBSTETRICIA Y NEONATOLOGIA	3	37
DEPARTAMENTO DE HEMATO-ONCOLOGIA	5	38
TOTAL	36	285

5) Movimiento de plazas Primer semestre 2013

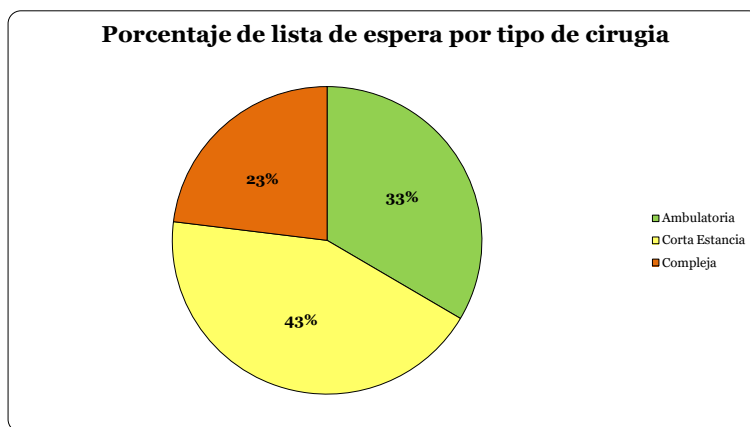
DETALLE	JUBILADOS, RENUNCIA, FALLECIDOS		ASIGNADOS	
	2012	2013	2012	2013
TOTAL GENERAL		49		34

6) Área de Cirugías.

- 7) Estado actual de Listas de Espera
Junio 2013
Porcentaje de lista de espera por tipo de cirugía.



Estado actual de Listas de Espera
Junio 2013



- 8) Estado actual de Listas de Espera
Junio 2013

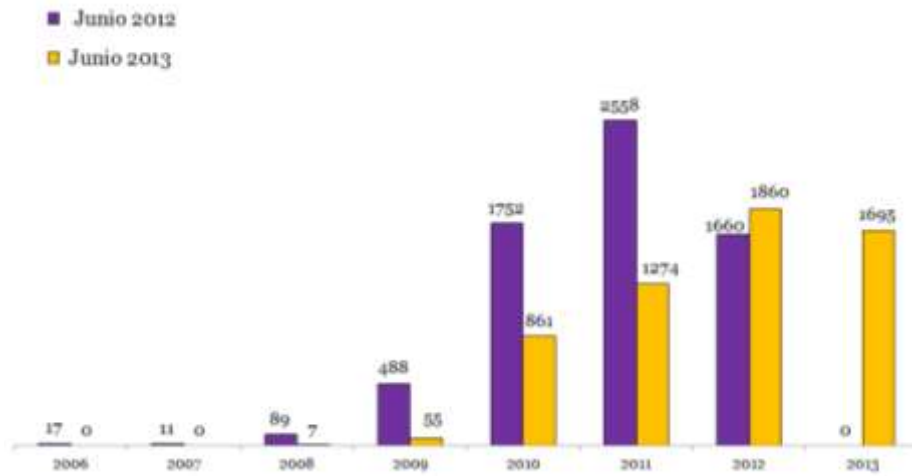
Servicios	Ambulatoria	Porcentaje	Acumulado
ORTOPEDIA	3325	58%	58%
OFTALMOLOGÍA	1279	22%	80%

Servicios	Corta Estancia	Porcentaje	Acumulado
ORTOPEDIA	2662	36%	36%
VASCULAR PERIFÉRICO	1609	22%	57%
CIRUGÍA GENERAL	1293	17%	75%

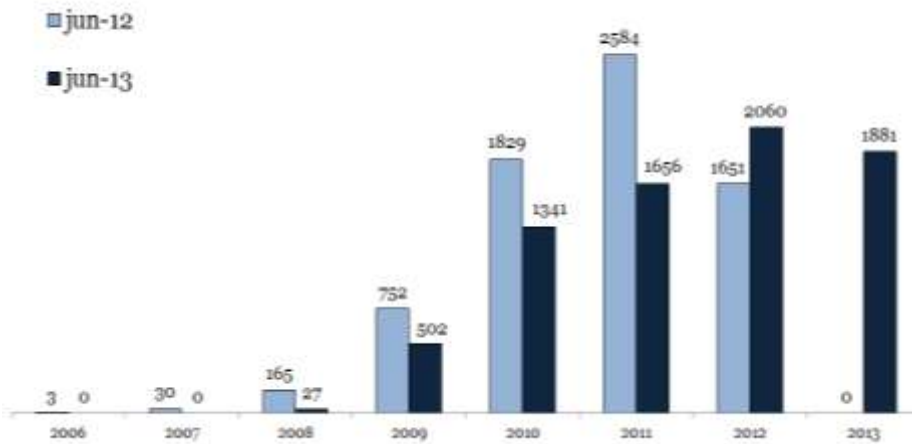
Servicio	Compleja	Porcentaje	Acumulado
CIRUGÍA GENERAL	1200	30%	30%
UROLOGÍA	951	24%	54%
ORTOPEDIA	597	15%	69%
O.R.L.	295	7%	77%

Se cuentan con 11 pacientes en lista de espera por cada 1000 habitantes del área de atracción.

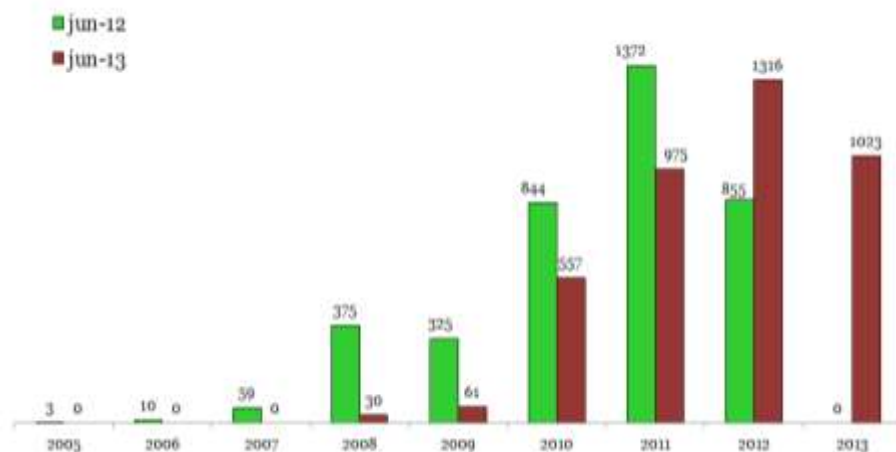
9) Lista de espera ambulatoria de Junio 2012 y de Junio 2013.



10) Lista de espera Corta Estancia de Junio 2012 y de Junio 2013.



11) Lista de espera cirugía Compleja de Junio 2012 y de Junio 2013.



12) Indicadores importantes.

- Ingresos de pacientes quirúrgicos por urgencias: 15 diarios.
- 34% de los ingresos quirúrgicos de urgencias son de ortopedia.
- Porcentaje de ausentismo del primer semestre 2013: 1.8%
- Suspensiones del primer semestre 2013: 6,7%
- Ingresos a la lista de espera: 47 diarios.
- Egresos a la lista de espera: 33 diarios.

13) Utilización de Quirófanos Internos HSJD

I Semestre	Salas Abiertas	Mayor e igual a 4 horas	Menor a 4 y mayor e igual a 3	Menor a 3 horas
Enero a Junio	172	149 87%	13 8%	9 5%

14) Acciones a corto y mediano plazo para la atención de la lista

Corto plazo

- Depuración de listas de espera.
- Centralizar Gestión de Listas de Espera.
- Resolver pacientes pendientes del 2008 y 2009.

Mediano plazo

- Apertura de 12 Quirófanos Dentro de Hospital.
- Mantener apertura de 4 Quirófanos en Cais Desamparados y Puriscal (Cirugía Ambulatoria).
Requiere dotar de RRHH y Suministros y materiales.
- Priorizar Salas a Servicios con mayor lista de espera y con pacientes con más tiempo de espera
- Gestionar adquisición de Arcos en C.
- Completar 3 equipos de Enfermería para Salas HSJD.

15) Área de Consulta Externa.

16) Generalidades de Consulta Externa

Número de Consultorios: 100.

Algunos Indicadores:

- Porcentaje de ausentismo: 12,2%.
- Porcentaje de aprovechamiento (horas utilizadas /horas programadas) : 91%.
- Porcentaje de sustituciones: 33%.
- Porcentaje de altas: 5,04%.

17) Cuadro comparativo junio 2012 – junio 2013, con especialidad citas y plazos de espera

HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS
COMPARACIÓN DEL COMPORTAMIENTO DE LISTA DE ESPERA CONSULTA EXTERNA
JUNIO 2012 - ABRIL 2013

ESPECIALIDAD	jun-12		jun-13		DIFERENCIA DE CITAS	DIFERENCIA PLAZO
	CITAS PENDIENTES	PLAZO ESPERA EN AÑOS	CITAS PENDIENTES	PLAZO ESPERA EN AÑOS		
VASCULAR PERIFERICA	596	0,3	1319	1,0	-723	-0,7
CIRUGIA GENERAL	14	0,3	1652	0,8	-1638	-0,5
REHABILITACION	0	0	884	0,7	-884	-0,7
NEUROCIRUGIA	113	0,4	135	0,3	-22	0,0
NEUMOLOGIA	0	0	81	0,3	-81	-0,3
GASTROENTEROLOGIA	0	0	35	0,2	-35	-0,2
CARDIOLOGIA	355	0,5	0	0,0	355	0,5
CIRUGIA MAXILO FACIAL	150	0,4	0	0,0	150	0,4
TOTAL	1228	0,2	4106	0,4	-2878	-0,2

18) Servicios Críticos en Consulta Externa año 2013

Cirugía General: 42% de las citas pendientes.

Vascular Periférico: 32% de las citas pendientes.

19) Acciones a corto y mediano plazo para la atención de la lista– ubique sus acciones al 70% de las citas o especialidades críticas

Corto plazo

Servicios de Cx abrir horas consulta en el 3 trimestre 2013.

Servicios de Medicina (Gastroenterología y Neumología) se abrieron horas consulta de especialistas para atender pacientes nuevos.

Mediano plazo

Establecer protocolos de referencia para la especialidad de neumología.

20) Procedimientos Diagnósticos Ambulatorios.

21) Generalidades sobre Procedimientos

Sobre Ultrasonido General:

Atención para Hospitalización: 18%.

Atención para Urgencias: 32%.

Atención para Consulta Externa: 35%.

Otros Servicios: 15%.

Las unidades con mayor lista de espera son Pavas, Desamparados, Clínica Solón Núñez, Alajuelita, Mora.

Sobre ingresos y egresos.

Ingresos promedio diarios: 510 pacientes.

Egresos promedio diarios: 460 pacientes.

22) Estado de Listas de Procedimientos

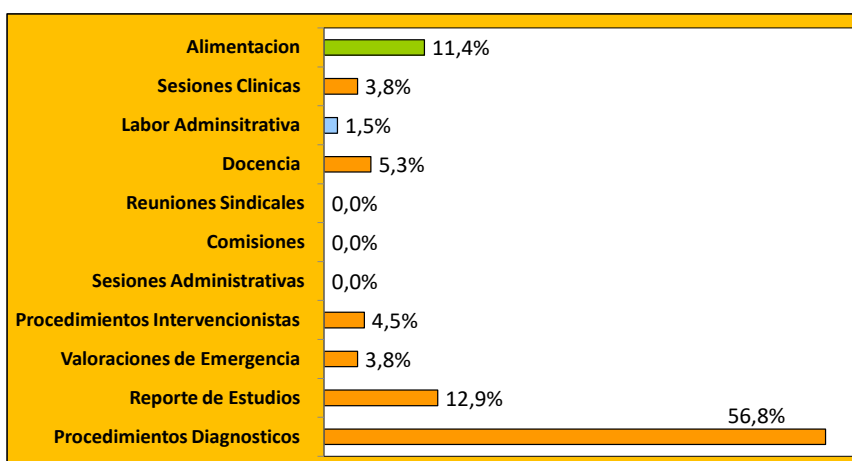
HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS
COMPARACIÓN DEL COMPORTAMIENTO DE LISTA DE ESPERA PROCEDIMEINTOS
JUNIO 2012 - ABRIL 2013

ESPECIALIDAD	jun-12		jun-13		PLAZO ESPERA EN AÑOS	DIFERENCIA DE CITAS	DIFERENCIA PLAZO
	CITAS PENDIENTES	PLAZO ESPERA EN AÑOS	CITAS PENDIENTES	%			
US General	3873	0,8	8476	45%	1,6	-4603	-1
TAC	0	0	4019	21%	0,2	-4019	0
Mamografía	2125	0,3	2882	15%	0,2	-757	0
Gamagrafia	0	0	1236	7%	0,2	-1236	0
US Ginecológico	0	0,0	889	5%	0,1	-889	0
Gastroscopía	0	0	831	4%	0,3	-831	0
Holter	160	0,2	374	2%	0,2	-214	0
Electromiografía	0	0	135	0,7%	0,1	-135	0
Colonoscopia	451	0,4	86	0,3%	0,2	365	0
Ecocardiograma	575	0,2	0		0,0	575	0
Prueba de Esfuerzo	147	0,0	0		0,0	147	0
Rectoscopia	23	0,4	0		0,0	23	0
TOTAL	7354	0,2	18928		0,3	-11574	-0,1

23) Distribución de horas médico para la SubUnidad de Ultrasonidos (3 médicos).



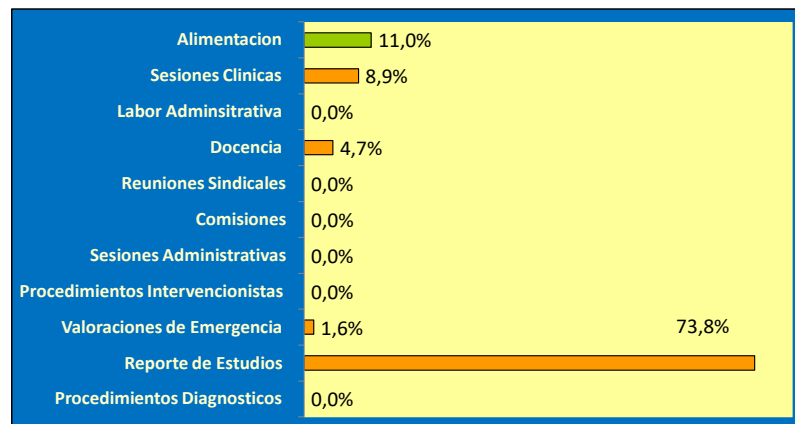
Distribución de horas medico para la SubUnidad de Ultrasonidos (3 médicos)



- 24) Distribución de Horas Médico para la SubUnidad del Tomografía Computarizada (5 médicos).



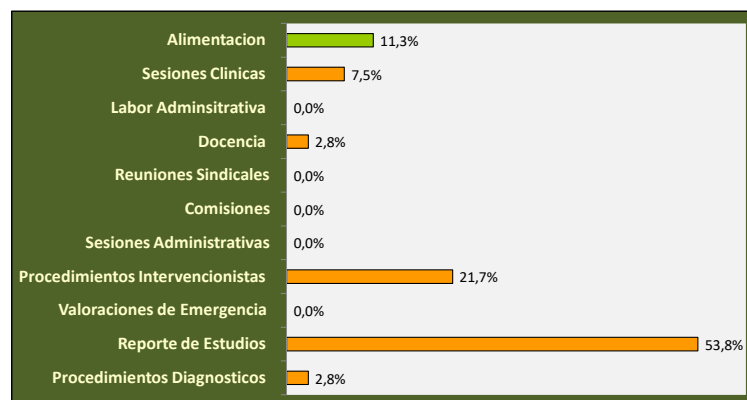
Distribución de Horas Médico para la SubUnidad del Tomografía Computarizada (5 médicos)



- 25) Distribución Horas Médico para la SubUnidad de Mamografía (3 médicos).



Distribución Horas Médico para la SubUnidad de Mamografía (3 médicos)



- 26) Acciones a corto y mediano plazo para la atención de la lista – ubique sus acciones al 70% de las citas o especialidades críticas.

Corto plazo.

Atender por Jornada de Producción Lista de espera de Desamparados.

Dotar de gammacámaras a Medicina Nuclear.

Mediano plazo.

Solicitar a Gerencia Jornada de producción para Pavas, Solón Núñez, Alajuelita y Moreno Cañas.

Solicitar dotar de especialista en Radiología a Cais Desamparados (cuenta con Equipamiento) y Solón Núñez.

Dotar de Holter al servicio de Cardiología.

27)

**Logros Importantes**

2011:

Pacientes pendientes desde el 2004
 Resolucion Qx en el III Nivel
 Ausencia de Gestion de Listas de espera
 Ausencia de trabajo en red
 Debil Trabajo en equipo

2013: Pacientes pendientes del 2008

Traslado a unidades a realizar Cx ambulatoria
 Compromiso en la Gestion de Listas de espera
 Depuracion constante de listas de espera
 Trabajo en red
 Equipo de trabajo comprometido

Refiere la doctora Oreamuno Ramos que la población que tiene el hospital es de 1.610.265 habitantes; es un dato importante, porque el 80% de esta población es directa, va para todo tipo de atención, desde una apendicitis en quirúrgica hasta una cirugía cardíaca, un problema asmático de difícil resolución hasta un problema importante de epidemiología. El problema principal del hospital, conocido por todos, ha sido la cantidad de quirófanos con que cuenta, que son 4 habilitados dentro del hospital, tres de ellos de tamaño adecuado y 1 de tamaño pequeño y 1 sala que es la utilizada por la Unidad de Quemados para todos los procedimientos; y además se ha maximizado la sala para otorrino y cirugías de menor complejidad. Hay aspectos importantes, por ejemplo el hecho de trasladar a operar a diferentes lugares con que cuenta la red, que les tendieron una mano; está el CAIS de Puriscal, con dos salas, Desamparados. Sin embargo fue un año muy duro que coincidió con la huelga de los anestesiólogos y la implementación de las vacaciones profilácticas.

En el Área Metropolitana, que es el ochenta por ciento de 1.300.000 habitantes, no hay apoyo; obviamente se tiene que atender desde un esguince en adelante; y muchos de esos pacientes ingresan por accidentes de motocicletas, porque apenas se les acaba el pago de la póliza, van para el San Juan de Dios y son las lesiones más aparatosas.

Comenta la doctora Balmaceda Arias que la póliza no les alcanza ni para la incapacidad.

Agrega el Director Salas Carrillo que más serio aún de lo que está diciendo la doctora Oreamuno, es no solo que los hospitales tienen casi salas completas para personas accidentadas en motocicleta, sino que cuando el INS declara que se agotó la póliza y envía los pacientes al Hospital de la Caja, a partir de ese momento esta Institución tiene que pagar la incapacidad. Y resulta que el INS cobra la póliza y quien paga la incapacidad es la Caja.

Con relación a las listas de espera, recuerda la doctora Balmaceda Arias lo que hizo Cartago con los pacientes que no acudían a la cita, que fue eliminarlos de la lista y dar el campo al siguiente; es lo que se debe hacer, a la gente hay que educarla, porque se le vuelve a dar una nueva cita a veces en más de una ocasión, y hay quienes dicen que no se quieren operar en ese momento, por ejemplo en Semana Santa, en vacaciones; en diciembre se llama a la gente y dice que no se quiere operar porque está de vacaciones. En esos casos, lamentablemente para el paciente, se le debe decir que perdió su oportunidad.

Comenta el Director Gutiérrez Jiménez que, viendo los datos que la doctora Oreamuno está citando, cree que se debería tener un equipo que él llama “swat”; le parece que sería interesante valorar, junto con el Hospital, cómo se podría impactar con un equipo de ese tipo. Es preocupante la situación, evidentemente ese centro ha tenido circunstancias especiales con la falta de quirófanos, pero lo cierto es que para efectos prácticos, hay un problema adicional en las listas de espera del San Juan de Dios. De modo que a partir de ahí, le parece que, mientras se resuelve el problema, se deben buscar otras alternativas temporales para reforzar algunos planes remediales.

La doctora Oreamuno aclara que ya tienen un plan para cuando se abran las nuevas salas, incrementando las atenciones, pero le parece que tienen que esperar por lo menos seis meses después de la apertura de las salas, para ver cuál es el espacio que van a tener.

Señala la doctora Balmaceda Arias que el asunto es que la capacidad instalada del San Juan de Dios se vio disminuida en 11 quirófanos; y 11 quirófanos multiplicado por 5 cirugías diarias, se puede ver el impacto que esa situación tuvo. Al abrir los nuevos quirófanos se van a tener 15 salas, más las que están habilitadas que son 4, pero se va a seguir con los procedimientos ambulatorios en Puriscal y en Coronado, para lo que se necesita dotar de plazas a Puriscal y Coronado para no quitárselas al San Juan de Dios.

El Director Loría Chaves señala que cada vez que se habla del tema, más se convence de que necesariamente, igual que hizo Liberia, los EBAIS deben estar equipados con un médico de familia, porque esto va a permitir dejar tanta referencia absurda, y que ese médico de familia asuma la resolutivez, para que en el sistema las consultas a especialistas por lo menos no sean tantas. Y por otro lado, le parece que se debe ascender el nivel de los EBAIS al nivel de Área de Salud, obviamente hay que reforzarlas para que la baja y mediana complejidad de procedimientos se hagan en el Área de Salud y que el hospital esté orientado a traumas, a realizar alta complejidad, que permita hacer el cambio en los tres niveles, para ir mejorando la capacidad de la Institución como un todo en esta dirección.

La señora Presidenta Ejecutiva agradece a los tres Directores de Hospital que vinieron. Cree que, unos más que otros, todos han estado haciendo un esfuerzo importante para gestionar. Para la Junta Directiva la gestión de las listas de espera es prioridad y quiere ver impactos en este sentido, porque es la razón de ser de la Institución; y con las listas de espera, a pesar de todos los esfuerzos que se hacen en el día a día, la Institución se ve mal ante los usuarios. La idea es ir

mejorando y replicar las experiencias positivas que tienen unos en los otros centros. Considera que falta mucho por mejorar, como la dotación de recursos para poder impactar la red de servicios, por ejemplo en el San Juan de Dios, para dotar de plazas en Hatillo, en Desamparados, lo que podrá hacerse con la nueva distribución de especialistas que salen en febrero; y luego la dotación de equipos, por ejemplo en Alajuela el doctor Pérez pudo habilitar una sala de cirugía más, porque se le dio el recurso de enfermería que era lo que necesitaba, de manera que con poco recurso han podido producir mucho más. Otro aspecto que aquí no ha dicho la doctora Oreamuno, pero que le parece importante, es que las cirugías vespertinas o los contratos por producción se están haciendo, de manera que se les da a los especialistas durante el día la oportunidad de que saquen la lista de espera; es un estímulo positivo en lugar de un estímulo perverso, porque antes, al que más lista tenía, más se le daba, no hacían cirugías en el día y se les daba tiempo extraordinario. Este es un proceso y lo que se tiene que hacer es disminuir el tiempo de espera. Más adelante la doctora Sánchez Montero va a hablar sobre los protocolos por especialidad y por diagnóstico que se están haciendo y que van a aliviar un poco la situación, porque se podrá priorizar la atención con criterios técnicos. Reitera la doctora Balmaceda Arias su agradecimiento a los Directores de Hospital presentes, y los insta a que sigan adelante. Hay que innovar también, hay que ver cómo se utiliza la infraestructura después de las 4 de la tarde; si es preciso hacer cambios de horario lo pueden hacer a nivel local, no necesitan el permiso de la Junta Directiva, aunque si son plazas adjudicadas para un segundo turno tienen que justificarlo. Este tipo de acciones son ellos los que tienen que ir proponiendo, para ir construyendo algunas normativas que a veces están muy rígidas, pero por razones de ubicación, de oportunidad, de conveniencia, se requiere hacer alguna modificación.

El Director Gutiérrez Jiménez señala que, por supuesto, hay que reconocer los esfuerzos que representan una diferencia que impacta. Le preocupan casos como Grecia, La Anexión de Nicoya, y especialmente Pérez Zeledón, que tiene ocho, nueve meses de estar intervenido, y cree que los resultados no son realmente los deseados. No le quedó claro cuáles son los centros que no están actuando de una forma realmente adecuada. Le parece que se debe hacer un análisis más profundo en el sentido de ver qué está pasando, cuáles son las causas, replicar lo bueno y ayudar.

Anota la doctora Balmaceda Arias que la Gerencia Médica tiene identificado cuáles hospitales están gestionando bien, cuáles mal, y cuáles son algunas de las causas. En el caso de Grecia, se inició una depuración hace siete meses, porque no tenía una lista de espera actualizada, no se llevaba un control adecuado; ahora se está aumentando esa lista, porque se están registrando todas las citas pendientes. Agrega que ha habido un esfuerzo importante, que no se había hecho antes, para modificar esta situación, porque es una cultura organizacional y una cultura no se logra cambiar ni en dos meses ni en tres años. Este es un proceso de convencimiento, primero, porque la gestión de las listas de espera le corresponde a los Directores, porque antes se manejaban desde el nivel central. Las estrategias anteriores no sirvieron, por lo que se está haciendo un nuevo planteamiento que está dando resultados, en algunos centros más rápido que en otros. En este momento el equipo técnico de apoyo hospitalario se encuentra en Pérez Zeledón y se espera que genere resultados positivos. Lo que quiere rescatar es el esfuerzo de la Gerencia Médica y de los Directores de Hospitales, que han trabajado arduamente para lograr resultados positivos.

Anota el Director Marín Carvajal que quisiera rescatar una frase que puede ser muy positiva y muy apropiada en este momento, que es que “con poco se puede hacer mucho”. Le parece que los Directores que han venido hoy han presentado aquí sus resultados, han demostrado que con

poquito, han hecho mucho. Esto responde lógicamente a una cualidad, que es la actitud que ellos han asumido para enfrentar una problemática real, como son las listas de espera que, por otra parte, representan la credibilidad institucional. Cuando una persona tiene un problema de salud, va con un estado de ánimo afligido y con la esperanza de que se lo resuelvan en el centro de salud; pero si le salen con que tiene que esperar dos, tres o cuatro años, ahí no hay actitud ni estado de ánimo que pueda superarlo, porque es un problema de él, no es simplemente un número más dentro de Costa Rica. Pero específicamente, si ellos han demostrado que con poquito han logrado mucho y se están viendo resultados, lo menos que debe hacer la Junta Directiva es apoyarlos. Observa que no han hecho pedidos extravagantes, por así decirlo, sino que están solicitando que la administración les ayude y les asista para poder impactar aun más y, con ello, se podría recuperar esa credibilidad de la Institución. Por esa mística los felicita y los apoya.

El Director Fallas Camacho declara que tiene un poco de desconfianza en seguir creando más hospitales grandes y cada vez añadiéndoles más espacio; cree que debe repensarse si es necesario más planta física, aunque cuesta mucho. Sobre el Hospital San Juan de Dios, por lo que escuchó, le parece que es un hospital casi de trauma por la enorme demanda que tiene, que no se puede atender en otro centro. Otros hospitales han sufrido consecuencias de sismos e inundaciones y necesariamente deben ponerse todos estos elementos en orden, para poder tener claro un pensamiento de cuál es el problema que la Institución como tal tiene hoy y va a tener mañana y pasado mañana y cuál será la cantidad de recurso que realmente se necesita. En cuanto al recurso humano, se ha planteado un problema muy serio por la migración hacia centros privados. Le parece que falta un poco más de planteamiento para fortalecer ese recurso humano que es esencial para poder atender las necesidades que la comunidad está planteando. Sin duda alguna le parece muy bien no solo fortalecer los protocolos, sino crear los protocolos que hacen falta y revisar los que está en operación; es algo que debe revisarse periódicamente, labor que le toca al especialista. Considera que es loable –y seguro que él también lo haría– que cada hospital trate de alguna manera de poder darle vuelta a las necesidades que se están planteando, pero seguro que no van a poder porque las soluciones van a estar en otro nivel o en otra solución; es algo que se tiene que identificar con claridad. Sin duda alguna falta un sistema de información muy eficiente, que permita tener esto a mano con la agilidad de poderlo examinar a la hora de tomar decisiones. Cuando se habla de la falta de especialistas, recuerda que hay toda una estructura que está encargada de coordinar este aspecto de la mejor manera, pero a lo mejor hay que hacer un esfuerzo mayor para poderlo tener apropiadamente; hoy hay 60 ó 90 subespecialidades y cada una de ellas crea su propio equipo, lo que está complicando más la situación y esto tiene que estar dentro de un esquema de planificación debidamente clarificado.

El doctor Francisco Pérez Gutiérrez y las doctoras Hilda Oreamuno Ramos y Seidy Herrera se retiran del salón de sesiones.

Seguidamente, la señora Presidenta Ejecutiva indica que la doctora Rocío Sánchez Montero hará la presentación de un trabajo muy interesante que incluso va a ayudar a resolver la parte de judicialización con la Sala Cuarta.

La doctora Sánchez Montero expresa que le parece muy enriquecedor el hecho de escuchar la posición de los Directores de los Hospitales que han estado presentes, porque es tener el panorama completo y escuchar todas las inquietudes de todos los participantes, que pueden ayudar de cierta forma a poder documentar ciertas situaciones y ciertas condiciones que se dan, no solo aquí sino a nivel mundial y que incluso pueden dar una herramienta o un instrumento,

para poder no solamente contestar recursos de amparo sino también para plantear algún asunto y hacerlo lícito, poder salir a los medios, poder hablar ya con más criterio técnico, científico, de cuál es la realidad y que es una realidad que no es exclusiva de una institución o de un país, sino que se da a nivel mundial. Sin entrar a fondo sobre los antecedentes, si quiere mencionar uno de los votos más recientes de la Sala Constitucional, en el cual la Magistrada Calzada habla en un contexto de una paciente particular con un problema de rodilla y aprovecha para decirle a la Institución que en reiteradas ocasiones se viene dando lo mismo; y es que se trata de dar preferencia a un paciente por una patología determinada, pero no se ha pensado que se podría estar lesionando los derechos de la salud de otro conjunto de pacientes que se encuentran en la lista de espera, porque no se sabe la prioridad que tienen y su condición respecto al resto de las personas que integran la lista; y entonces incluso habla de aspectos fundamentales que están hoy en boga a nivel mundial, y es el de solucionar las listas de espera en forma razonable; y aquí la palabra razonable significa algo importante y es que hay una aceptación de que las listas de espera se van a seguir dando, solamente que cuando se hacen exageradas es cuando se vuelven irracionales.

Continúa la doctora Sánchez Montero señalando por qué la necesidad de restaurar la situación de todos los asegurados que estén en las diferentes listas de espera, utilizando el criterio técnico científico así como la valoración de la premura de otros casos, para definir la prioridad que deben tener. En ese sentido cabe recordar que las listas de espera en un sistema de salud se presentan en gran parte de los países del mundo y afecta a todos los niveles de atención. Como bien mencionaba don Adolfo, obviamente esto tiene que ver con la funcionalidad o la organización del sistema de red, porque las redes están conformadas por establecimientos de diferentes niveles de complejidad; sin embargo, cuando se trata de contener la lista de espera del hospital de mayor complejidad o trasladar algunas patologías de menor complejidad a los otros centros de su atracción, hay que tomar en cuenta que ellos tienen también sus propias listas. Aunque las listas de espera responden inicialmente a la necesidad de facilitar la planificación y de favorecer la mejor utilización de los recursos de salud, pierden su razón de ser cuando se hacen exageradas, cuando hay un gran volumen de personas, cuando hay un tiempo de espera excesivo y cuando se pierde el sentido de la composición misma de las listas de espera. Y se pierde la composición de las listas cuando se está viendo solo volumen o cantidad y tiempos de espera; esto es algo cuantitativo y no se está tomando en cuenta, por ejemplo, que el tiempo de espera excesivo no depende de si la lista de espera pasa o no de tres meses o los noventa días, sino que depende de cada diagnóstico, porque hay patologías en las cuales el tiempo de espera excesivo es tres meses pero hay otras que pueden esperar años y que no producen un problema de salud que atente contra la vida del paciente. Hay una circunstancia poco tomada en cuenta a la hora de abordar las listas de espera y son las características propias de los pacientes, la intensidad de los síntomas, las limitaciones sociales que la enfermedad les provoca. El doctor Pérez hablaba en su exposición de algunos aspectos que influyen en la generación y agravamiento de las demoras excesivas en los servicios de salud, y cree que en este aspecto, concordante con lo que decía el doctor Fallas, se debe tener muy claro cuál el panorama, cuál es la situación de salud del país, porque esto también va a ayudar a tomar decisiones y a definir estrategias, tanto en el perfil demográfico, el comportamiento de la población, como el perfil epidemiológico; y hay varias formas de hacerlo, por ejemplo regionalizando, por red. El envejecimiento de la población es uno de los factores que está influyendo en la generación y agravamiento de las demoras excesivas en las listas de espera, porque está asociado al incremento de las enfermedades crónicas y al desafío que día a día presentan las patologías crónicas asociadas a los problemas de índole quirúrgico que tienen los pacientes; también hay otros aspectos que no son menores y que hay que tomar en cuenta, como

la mejora en las técnicas diagnósticas terapéuticas, que permiten ahora ampliar la gama de intervenciones quirúrgicas y los avances científicos que posibilitan intervenir sobre condiciones hasta ahora no abordables o desconocidas; por ejemplo, en esto inciden las redes sociales, el acceso de la población a Internet, una población más informada, más demandante de servicios, lo cual aumenta obviamente las expectativas de los usuarios. Esta situación se ve muy a menudo, sobre todo con los planteamientos de la población para la realización de ciertos procedimientos que incluso la Institución no realiza, motivados porque salió un artículo o porque los mismos colegas coaccionan la realización de algunos procedimientos. Son factores que siempre van a estar presentes y que cada vez van a ir incidiendo más en la generación y agravamiento de los tiempos de espera.

Prosigue la doctora Sánchez Montero señalando que en la gestión de las listas de espera electiva no urgente, que es importante, se tienen que dividir las listas sacando las patologías que son urgentes; no deben estar en una lista de espera. Esta condición tiene que estar clara para todos, para los medios de comunicación también, porque la patología urgente no espera, se atiende inmediatamente. Lo que se plantea a nivel de las instituciones y de los sistemas de salud es el abordaje y la gestión de las listas de espera de patologías no urgentes, es decir, que no están poniendo en riesgo la vida del paciente de una forma aguda; no difiere de la forma utilizada en los mercados: se atiende primero a quien llegó primero. En la Institución se ha recomendado que, en tanto no exista una metodología de priorización, la estrategia que se utilizará para abordar las listas de espera será fácil: primero en llegar, primero en salir, salvo algunas excepciones que el criterio médico señale. Como decía el doctor Fallas, hay que tomar en cuenta que son los clínicos los que deciden una intervención quirúrgica, o que medie una orden judicial. Más recientemente algunas medidas indican que los pacientes con patología oncológica y patología cardíaca también deben ser atendidos con prioridad; sin embargo, no es lo mismo que un paciente con fuertes dolores que limitan sus actividades cotidianas, como el trabajar, como el levantarse, el mismo hecho de sentarse o caminar o subir o bajar escalones, espere tres o más meses por una cirugía electiva, a que ese mismo tiempo lo espere un paciente que apenas experimente dolor y que no tiene limitaciones cotidianas, aun teniendo el mismo diagnóstico o la misma enfermedad. Se deriva de esta circunstancia un problema, que es que, dentro del conjunto de pacientes que esperan por una cirugía electiva, los tiempos de espera pueden ser similares en casos en que los pacientes puedan experimentar diferentes niveles de necesidad. Los clínicos se dan cuenta de esta situación e implícitamente ya utilizan otros criterios para priorizar; el problema es que son tan variados esos criterios implícitos que utilizan los clínicos, que producen inestabilidad para la transparencia en la gestión de las listas de espera. Como resultado, aumentan los recursos de amparo porque la población está insatisfecha, porque no le explicaron al paciente que tal vez tiene una condición, una patología que no le va a poner en riesgo su vida, que debido a ciertas características posibilita que pueda tener una espera mayor frente a otros, que obviamente tienen mayor necesidad de que se le resuelva su problema en una forma prioritaria o más pronta. En este sentido se plantean algunas interrogantes, a quién se nombra primero, al que llegó primero a la lista o al que está más enfermo. Como ya se mencionó, hay países de países que tienen su problema de listas de espera y han buscado formas diferentes para abordarlo. La justificación de establecer un sistema de priorización en las listas de espera con algún criterio explícito, distinto al volumen de pacientes que el tiempo de espera permitiría, no solo evita la carga innecesaria de sufrimiento a las personas y reduce la morbi-mortalidad asociada, sino también resuelve de una forma más eficiente el desbalance que se genera entre la oferta y la demanda, haciendo más transparente y eficaz el sistema. En este momento los modelos de priorización utilizados permiten incorporar, además de los criterios clínicos, criterios sociales. Por otra parte, la

identificación e implementación de criterios de priorización en las listas de espera contribuye sin duda al mejoramiento actual de la prestación de los servicios. Sin embargo, no hay que olvidar que el problema de las listas de espera es multifactorial; aquí hoy se han visto ejemplos claros, concisos, de cuáles son los factores que inciden en el agravamiento de las listas de espera, que pasa por los recursos humanos, por la capacidad instalada de los centros, por la capacidad resolutoria, por las cuestiones actitudinales de las personas, y por un conjunto de factores propios de la demanda, como las características de la población, que ya se mencionaron. Se ha planteado incluso el análisis de algunas experiencias exitosas; está bien conocer las experiencias de acá, pero se ha hecho un esfuerzo para conocer las experiencias internacionales que se han tenido en la gestión de las listas de espera. Le parece que este tema es complementario a la situación presentada esta tarde por los Directores de los diferentes hospitales, de sus experiencias exitosas acá, que podrían algunas ser comparables con las experiencias exitosas internacionales. El propósito es definir criterios de priorización, que permitan ordenar las listas de espera de cirugías en las especialidades quirúrgicas identificadas como críticas y en el diagnóstico más frecuente de esas especialidades, de manera que sea una herramienta, un insumo para mejorar la gestión de las listas de espera y la atención del hospital. No obstante debe quedar claro que un sistema de priorización por sí solo, aunque sea muy perfeccionista, no va a ser garantía suficiente de una mejor función; es una medida que no puede ser aislada, que debe ir conjuntamente con otras estrategias para mejorar la capacidad de gestión de las listas.

Señala la doctora Sánchez Montero que han definido dos partes del estudio: en la selección inicial de los criterios de priorización, por especialidad y diagnóstico, en la que las alternativas son los pacientes que necesitan la atención quirúrgica por especialidad y diagnóstico y un conjunto de atributos o criterios que son las características de los pacientes, tanto divididas por la severidad de la enfermedad, como la intensidad de los síntomas y limitaciones sociales, que son relevantes para determinar su puesto en las listas de espera; y también un conjunto de variables que conforman cada uno de esos criterios y que lo caracterizan, para agruparlos por categorías en leve, moderado y severo; y que al final otorgue una escala de puntuación que permita diferenciar, ahora sí, la composición de la lista, más allá de la cantidad de pacientes y el tiempo de espera. Todo esto facilita que se tenga la lista ordenada y se puedan resolver aquellos casos quirúrgicos que son prioritarios, porque los pacientes tienen necesidades mayores, antes que otros pacientes que tal vez ingresaron de primeros en la lista. A nivel propiamente institucional, inicialmente hicieron un diagnóstico en los 23 hospitales generales, para valorar qué criterios de priorización se estaban utilizando. A través de los resultados del diagnóstico y de la literatura identificaron una propuesta inicial de criterios de priorización por diagnóstico y por especialidad, y lo sometieron a una valoración, en una primera etapa, de un grupo integrado por médicos especialistas, por considerar que diariamente incluyen o incorporan los pacientes a las listas de espera por una condición quirúrgica que amerita una intervención; y luego lo están sometiendo, en una segunda etapa, a otro grupo de médicos de las diferentes especialidades, para tratar de consolidar un conjunto de criterios y ya tener una versión cuasi definitiva a la cual asignaron una puntuación de prioridad; con esto, irían a validar en grupos piloto para poder implementarlo. La ventaja es que hay muchos hospitales interesados en participar como programa piloto, porque precisamente le ven la utilidad de ordenar las listas, aplicando cualquier estrategia o cualquier acción, aspecto que es fundamental para la depuración, porque como se ha comentado, está validado a nivel internacional, aunque se ha tratado de tropicalizar acá. A nivel mundial se usan clasificaciones para todo, pensadas para todos, pensadas para la clasificación de las patologías de rodilla, de cadera, de columna que permiten priorizar al paciente y decir a cuál se opera primero; sin embargo, muchos médicos en la Institución no utilizan las escalas de clasificación ni están

interesados en hacerlo. Es una situación que pone una barrera para la gestión de las listas de espera y cualquier actividad, cualquier equipo “swat” no obtendrá ningún resultado. Como lo mencionaba ahora, no es una acción sola la que se tiene que hacer, sino un conjunto de estrategias que incluso la Institución ha venido definiendo y tratando de implementar paso a paso. Cree que por lo menos han tratado de avanzar en este sentido, en estos momentos están en la segunda etapa y ya tienen un grado de avance muy importante, porque ya lograron documentar la literatura internacional, con evidencia científica, con criterios validados a nivel internacional y mundial por muchos países. Han tenido la posibilidad de conversar con algunos técnicos que han participado en la priorización; ella tuvo la experiencia de trabajar en España y tiene por lo menos contacto con algunas personas que han participado en el tema. Además, con la participación reciente de la doctora Balmaceda en Brasil, se ha incorporado una serie de materiales que ella aportó, que han sido importantes para poder definir el avance de este estudio.

El Director Gutiérrez Jiménez resume que esta es la base, luego vienen las estrategias; pero después de tener esta base y priorizar y tenerlo claro, esa lista lo que va a hacer es cambiar de lugar a algunos pacientes, con la ventaja de que tal vez uno que está muy atrás, que puede tener una vida muy comprometida, al pasarlo por la prioridad va a alcanzar más rápidamente la cirugía. Su preocupación, que está seguro es la de todos, es mientras tanto cómo se impacta a los que están, de lo contrario esta estrategia se vuelve una teoría de largo plazo. Le parece que hay que tener soluciones de corto, mediano y largo plazo, y buscar otras alternativas que pueden impactar adicionalmente.

Anota la doctora Balmaceda Arias que es lo que se está haciendo, por ejemplo con la lista de cirugía de hernias y vesículas; están impactando para reducirlas, después seguirán con ortopedia, con oftalmología. Y dentro de las estrategias que pueden impactar, podrían hacerse jornadas en diferentes hospitales. No obstante, señala que podría analizarse la propuesta de don Adolfo.

Al Director Loría Chaves le preocupa que la priorización vaya a significar cambios en las listas. Hacer los cambios en este momento no le parece, porque es un cambio que tiene que ver con una cultura organizacional, donde los médicos de esta Institución andan con las listas debajo del brazo; de modo que cambiar la cultura requiere una disciplina muy rigurosa. Se dice que hay prioridades, que por el dolor hay que verlas de primero; está bien, pero para eso se pueden pagar las jornadas vespertinas, o a destajo, o como se quiera. Considera que el tema de listas de espera es un tema de administración, que debe estar en manos de alguien que no sea médico, así de simple; mientras esté en manos de los médicos este asunto no camina. Señala que siempre ha insistido en que las salas de operaciones deben ser administradas por alguien no médico; no está diciendo que no se consulten los criterios, lo que está diciendo es que tiene que haber supervisión que tenga independencia de los intereses médicos. Las listas de espera, por su naturaleza, más que en el nivel central deben estar en el nivel local, de modo que lo que se necesita es crear mecanismos para que los niveles locales, con estos insumos, puedan administrar las listas de espera de manera consensuada, porque ellos son los que muchas veces tienen las mejores ideas.

El Director Fallas Camacho está de acuerdo con el compañero Loría Chaves. Le parece que este proceso debe ir acompañado de una estrategia, donde debe haber un rol fundamental, que es el que genera la mayor cantidad de problemas; el médico tiene que explicarle al paciente su problema, con lujo de detalles, e indicarle en qué rol va a entrar para ocupar el campo que le corresponde. Este es un tema tan delicado, que en algunos países hay grupos que llaman elementos éticos, que forman como comités de ética para decidir este tipo de situaciones.

Reitera el Director Gutiérrez Jiménez que precisamente por ello dice que debe haber acciones programadas diferentes, ya no sistémicas, sino fuera de lo que se entiende como normal, para impactar el pasado.

Aclara la doctora Balmaceda Arias que ese es el programa que se está desarrollando, toda la parte del programa que se presentó aquí en Junta, sobre las jornadas de producción, sobre las jornadas vespertinas, sobre los ultrasonidos, sobre los equipos itinerantes de Rayos X, las mamografías; todas estas acciones se están realizando para lo pasado, para lo que está pendiente.

A propósito de una consulta del Director Gutiérrez Jiménez, aclara la doctora Balmaceda Arias que se está llevando a cabo en los diferentes hospitales. Por ejemplo, lo que se hizo con las mamografías fue enviar técnicos a Coronado, a Cartago, a Heredia, a Alajuela y a Pérez Zeledón, a realizar mamografías. Con los cirujanos es un poco más complejo, porque no hay disponibilidad de salas, y todo lo que se hace no ha sido suficiente. Esa es la inquietud que siente del Director Gutiérrez y los demás compañeros, que lo que se está haciendo es insuficiente. Se ha estado impactando, pero está de acuerdo en que hay que hacer un esfuerzo mayor. Esta parte que se está presentando hoy va a ordenar y va a transparentar la lista.

A propósito de la observación del Director Loría Chaves, agrega la doctora Sánchez Montero que la importancia de este esfuerzo para transparentar las listas es precisamente que el paciente participe en la realización, porque el clínico tiene que entrevistarle y para aplicar estos criterios, tiene que preguntarle al paciente cuál es su limitación en las actividades cotidianas, como comer, dormir, levantarse, bañarse, trabajar, las limitaciones propiamente para trabajar; si tiene alguna persona a su cargo, no solo económicamente, porque hay pacientes de pacientes, que aunque no trabajan tienen a su cargo una cantidad de hijos, etc., algunas incluso en el trabajo no remunerado, por ejemplo las amas de casa. Y también el envejecimiento de la población posibilita ahora que haya muchos pacientes ingresados en la institución, que son dependientes de cuidadores o bien de familiares, y esto también está siendo tomado en cuenta a la hora de priorizar.

Para resumir, agrega la doctora Sánchez Montero que algunos de los criterios son, por ejemplo, la complejidad de la enfermedad; episodios previos de dolor, que en algunas patologías es muy relevante y tiene la puntuación mayor que otros como son las piedras en las vesícula, las hernias; o en la patología ginecológica el dolor es muy relevante, porque produce mucha incapacidad funcional física al paciente; en cambio la catarata no, porque usualmente la catarata no produce dolor, produce otro tipo de limitación, de ahí la importancia de hacerlo por diagnóstico. Y aquí se va acercando a un concepto que mencionaba anteriormente, y es que la necesidad de priorizar no es en general, sino por diagnóstico, porque cada diagnóstico tiene sus características particulares. Y el establecer criterios de priorización ayuda también a hacer más transparente la lista, porque se va como alineando a los clínicos, que a fin de cuentas son los que hacen la lista; el que decide es un médico, no es una enfermera, no es un asistente de redes, etc. De manera que hay claridad en que es el clínico el que decide si opera a una persona y no a otra, por lo que es importante tener alineados esos criterios; también con la protocolización, porque es fundamental la protocolización de las referencias para poder incluir al paciente, porque el paciente que ingresa a la lista de espera quirúrgica también está en la lista de espera de procedimientos diagnósticos. Resulta que para operar unas piedras en la vesícula se necesita un ultrasonido y el paciente ya pasó por esa lista de espera. Por tanto, para ser sometidos a una intervención quirúrgica, el

paciente pasa por casi todas las listas de espera, y no solo del establecimiento donde se le debe resolver su patología, muchas veces pasa por las listas de espera de otras unidades. Se habla entonces aquí de que esto permite ordenar y evidenciar, pero como lo mencionaba al inicio, no es la única condición, es un insumo para ordenar y para la gestión de las listas. Entiende y comparte con los señores Directores la inquietud de cómo se resuelve; es un problema muy complejo porque intervienen muchas personas en el problema y es multifactorial. Al final, en lo que creen y han estado trabajando, es en definir esos criterios; a cada criterio darle un conjunto de variables que es compartido con el interrogatorio en la valoración del paciente, y que al final se le dé una puntuación, que es solamente para simplificar. No quiere decir que la puntuación final va a ser esa, va a dar un orden de prioridad a la lista, por lo que se van a tener pacientes con prioridad baja, con prioridad media y con prioridad alta. Otros países han asociado a esos niveles de prioridad, tiempos máximos de espera o tiempos de garantía, que son los tiempos razonables. El asunto es que para definir tiempos de espera máximos o tiempos de garantía, se tiene que tener claramente definida la capacidad instalada de cada centro y cuáles son las características de la demanda de cada establecimiento, que puede variar; aunque el perfil epidemiológico del país es uno y es muy similar, sí hay algunas particularidades en las unidades que pueden definir más o menos tiempo. De manera que, obviamente, para una implementación exitosa de cualquier sistema de priorización, debe haber una instrucción clara de centralizar las listas de espera; no de centralizarlas aquí, en el nivel central, sino en las unidades, porque todavía hay algunas unidades en las que cada servicio maneja una lista de espera; y el esfuerzo que está haciendo la Gerencia, la UTLE y la Institución en sí, porque como bien decía el doctor Fallas Camacho, todos son de la misma Institución, es precisamente insistir en esto, que son insumos para poder implementar exitosamente el sistema de priorización. De manera que se pasa por un período de centralización de las listas, de sistematizar el registro, para facilidad de tener los insumos o los requerimientos necesarios para poder tomar decisiones e incidir en cuáles son las estrategias que se van a aplicar en uno u otro centro. Depurar, depurar; el problema es que es fácil ponerlo porque también la depuración –y así está incluso descrito en la literatura– pasa por un problema, no solo de los registros, sino que es compartido con la población, porque hay pacientes que no dan la información fidedigna, entonces a la hora de depurar hay pacientes que no contestan el teléfono que dieron o no coincide con la ubicación geográfica que dieron; además, está incluso comprobado que entre el 20% o el 30% de los pacientes, de cualquier lista de espera a nivel mundial, nunca llegan a ser operados por ciertas razones, algunas las explicaron aquí los Directores: que no quieren ser operados en cierto momento, otros se arrepienten de la cirugía y tienen todo su derecho, o cuando llega la cirugía tienen otra condición y ya no se operan o ya han sido vistos en otro lado. Incluso se recomienda hacer consultas preoperatorios y es una estrategia establecida, para corroborar si realmente tiene esa condición o incluso puede tener otras y es una forma también de depurar y de gestionar la lista de espera. Y obviamente, como ya se mencionó, es difícil ponerse de acuerdo entre gente de la misma profesión y mucho más cuando en esto intervienen especialistas de muchas disciplinas. Una forma de ser transparente y equitativo en la gestión de las listas de espera es socializar. La mayoría de los países han incorporado a la población general; aquí no se está excluyendo, de hecho hay una solicitud expresa de la Defensoría de los Habitantes de participar en el estudio, sin embargo en este momento, en la medida de lo posible, se ha estado tratando de hacer todo públicamente.

Considera la doctora Balmaceda Arias que este proceso es una cuestión interna, y lo que se daría a conocer son los resultados.

Con relación al dato que menciona la doctora Sánchez Montero, relacionado con otros países, pregunta el Director Gutiérrez Jiménez qué cobertura tiene la seguridad social chilena.

Comenta la doctora Sánchez que Chile tiene un sistema de seguridad social universal, muy parecido al de Costa Rica. Una de las estrategias que han adoptado es hacer una gestión de las listas a nivel regional. Lo que han hecho muchos países es, por así decirlo, desincentivar a algunos pacientes que están en la lista de espera, para que se realicen la cirugía a nivel privado, si tienen algún recurso económico, o a través de un co-pago o de un subsidio del porcentaje de la cirugía. El problema de las listas de espera no es de la Caja, es un tema de salud y del tipo de sistema de salud que se tiene que es universal. Los países que han tenido mejores resultados, hablando de estrategia no de priorización, son los que han promulgado políticas estatales, no de gobierno, sino que trasciende de un gobierno a otro. En España, desde 2003, se obliga a todas las instituciones del sector salud a tener un monto mínimo, básico, de requisitos para sistemas de información y para priorizar las listas de espera, por ejemplo. Y los que han tenido recientemente mejores resultados son aquellos que han cambiado las formas de asignación presupuestaria global a pagos por actividad. La OPS acaba de publicar en febrero de este año los resultados de las experiencias de todos los países de la OPS respecto exclusivamente al tema de las listas de espera; están incorporados los resultados de las principales experiencias; algunos con veinte años de experiencia en el manejo de listas de espera, no las han eliminado ni las van a eliminar. Uno de los que han tenido mejores resultados es Holanda, que fue muy radical; ellos tienen un plan nacional de salud, en 2004 tuvieron buenos resultados y lo han hecho percentil hasta diez años, es decir, terminaría en 2014; básicamente ellos acompañaron la priorización, para mejorar la gestión, con un conjunto de estrategias, sobre todo con la asignación del pago por actividad, de la asignación de presupuesto; y más recientemente con lo que sí lograron reducir el tiempo de espera entre seis y doce semanas, es con el pago a los médicos por actividad: si trabaja ocho horas y va a hacer cinco cirugías, sobre eso se le paga, por cirugía resuelta.

Anota la señora Presidenta Ejecutiva que este es el primer informe, tiene tres meses de estar trabajando. Cree que ha habido una propuesta muy buena, se van a dar las presentaciones para que los señores Directores las revisen, porque este es un tema que tiene que discutirse más; y con las otras presentaciones de avance, ellos pueden traer algunas propuestas concretas, con alguna justificación técnica que permita ir limpiando algunas deficiencias para poder ir impactando. Considera que este proceso va a facilitar el transparentar las listas y a ordenarlas.

Se toma nota.

A las dieciocho horas con quince minutos se levanta la sesión.