



CAJA COSTARRICENSE DE
SEGURO SOCIAL

ACTA SESIÓN
DE JUNTA DIRECTIVA

Nº 9109

Celebrada el

08 de julio, 2020



Acta de Junta Directiva – Sesión N° 9109

SESIÓN EXTRAORDINARIA N° 9109

CELEBRADA EL DÍA

miércoles 08 de julio, 2020

LUGAR

Virtual

HORA DE INICIO

16:15

FINALIZACIÓN

19:35

PRESIDENTE JUNTA DIRECTIVA

Dr. Román Macaya Hayes

VICEPRESIDENTE JUNTA DIRECTIVA

Bach. Fabiola Abarca Jiménez

REPRESENTANTES DEL ESTADO

*Dr. Román Macaya Hayes
Bach. Fabiola Abarca Jiménez
Dra. María de los Angeles Solís Umaña*

ASISTENCIA

*Virtual
Virtual
Virtual*

REPRESENTANTES DE LOS PATRONOS

*Lic. Bernal Aragón Barquero
Agr. Christian Steinvorth Steffen
M.Sc. Marielos Alfaro Murillo*

ASISTENCIA

*Virtual
Virtual
Virtual*

REPRESENTANTES DE LOS TRABAJADORES

*Dr. Mario Devandas Brenes
Lic. José Luis Loría Chaves
MBA. Maritza Jiménez Aguilar*

ASISTENCIA

*Virtual
Retrasará su llegada a las 4:55pm
Virtual*

AUDITOR INTERNO

Lic. Olger Sánchez Carrillo

GERENTE GENERAL

Dr. Roberto Cervantes Barrantes

SUBGERENTE JURÍDICO

Lic. Gilberth Alfaro Morales

SECRETARIA JUNTA DIRECTIVA

Ing. Beatriz Guzmán Meza



Acta de Junta Directiva – Sesión N° 9109

Participan en la sesión los licenciados: Juan Manuel Delgado Martén, asesor legal de la Junta Directiva, Laura Torres Lizano, jefe de despacho de la Gerencia General y la Dra. Liza Vázquez Umaña, jefe de despacho de la Presidencia Ejecutiva.

Comprobación de quórum, según consta en el encabezado del acta de esta sesión.

Esta sesión se realiza de forma virtual de conformidad con el artículo 1° de la sesión N.°9086.

CAPÍTULO I

Lectura y aprobación del orden del día

Se dispone variar el orden del día y se presenta el oficio de la Gerencia Médica, que en adelante se consigna.

CAPÍTULO II

Temas por conocer en la sesión

Ingresan a la sesión virtual Dr. Mario Ruiz Cubillo, Gerente Médico, la Dra. Karla Solano, la Dra. Casandra Leal Ruiz, la Dra. Yerly Alvarado Padilla, la Msc. Karen Vargas y la Licda. Damaris Madrigal Fernández, asesoras de la Gerencia Médica.

También participan el Lic. Luis Diego Calderón, Gerente a.i. de la Gerencia Financiera, el Lic. Sergio Gómez, Director de Presupuesto, el Ing. Jorge Granados, Gerente a.i. de la Gerencia de Infraestructura, el Lic. Steven Fernández Trejos, Asesor de la GIT, el Ing. Luis Fernando Porras Meléndez, Gerente de Logística, el Dr. Eduardo Cambronero Hernández, Dirección de Red de Servicios de Salud, el Dr. Roy Wong McClure, Subárea de Vigilancia Epidemiológica, el Dr. Daniel Quesada Rodríguez, la Ing. Marielos Gutiérrez Brenes, Directora de la Dirección de Proyección de Servicios de Salud, el Dr. Eduardo Rodríguez, Proyecto Expediente Digital, el Dr. Mario Mora Ulloa, Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud y el Dr. Rafael Cortés Ángel, Dirección Técnica Listas de Espera.

Asimismo, participan el Dr. Douglas Montero, Director del Hospital México, el Dr. Taciano Lemus, Director Hospital Calderón Guardia, la Dra. Olga Arguedas Arguedas, Directora del Hospital Nacional de Niños, la Dra. Krisia Díaz Valverde, Directora del Hospital Max Peralta, la Dra. Priscilla Balmaceda Chaves, Directora del Hospital de Heredia, la Dra. Ileana Balmaceda Arias, Directora del Hospital San Juan de Dios y el Luis Diego Chacón Gómez, Hospital San Juan de Dios.

Acta de Junta Directiva – Sesión N° 9109

Además el Lic. Walter Campos Paniagua, Director de la Dirección de Gestión y Administración de Personal y la Ing. Susan Peraza Solano, Directora a/c de la Dirección de Planificación Institucional.

ARTICULO 1º

Se presenta el oficio número GM-8782-2020, fechado 8 de julio de 2020, que firma el doctor Mario Ruiz Cubillo, Gerente Médico, mediante el cual presenta la propuesta en razón de la declaratoria de Pandemia COVID-19, utilizar la Torre Este del Hospital Calderón Guardia como Unidad de Cuidado Critico para Pacientes con Covid-19.

La exposición está a cargo de la Dra. Olga Arguedas Arguedas, directora del Hospital Nacional de Niños, con base en las siguientes láminas:

1)



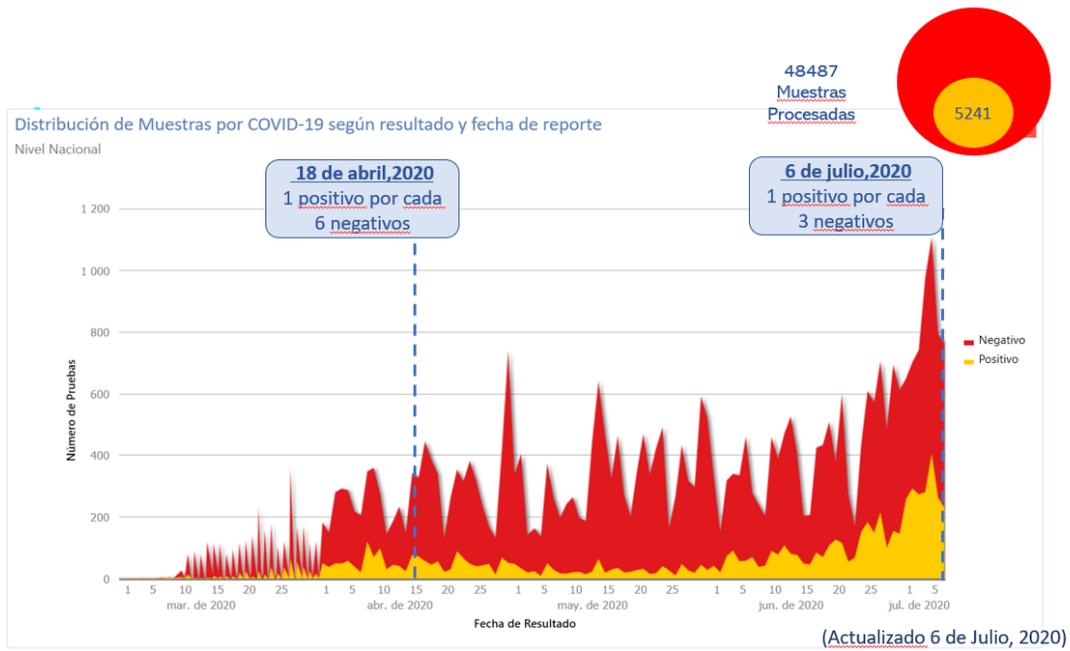
Estrategia de expansión de camas hospitalarias para la atención de pacientes con COVID-19, ante el aumento de casos positivos por SARS-CoV2

GERENCIA MEDICA
Versión 01
8 julio, 2020

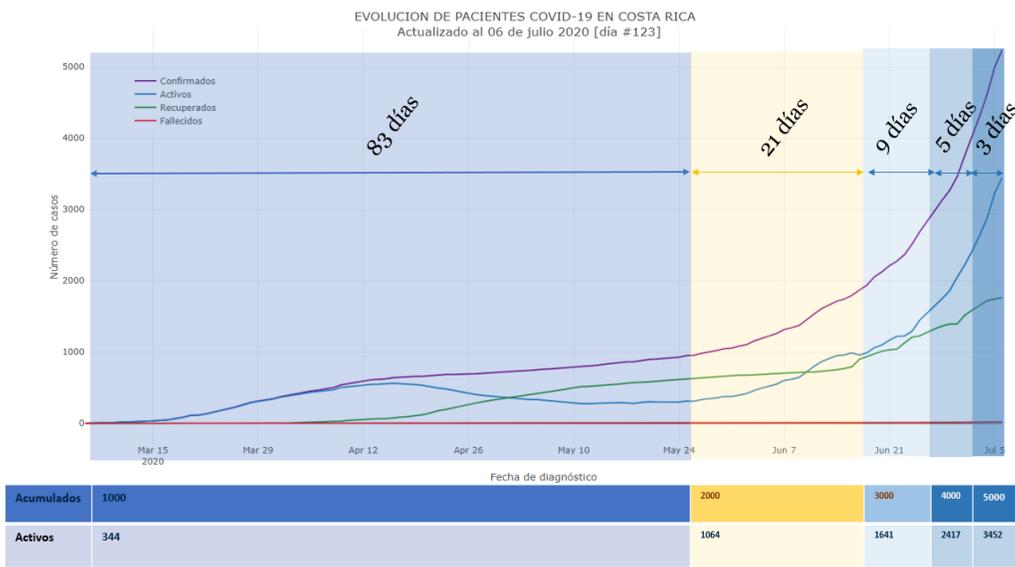
2) Agenda



3) Justificación



4) Justificación



5)



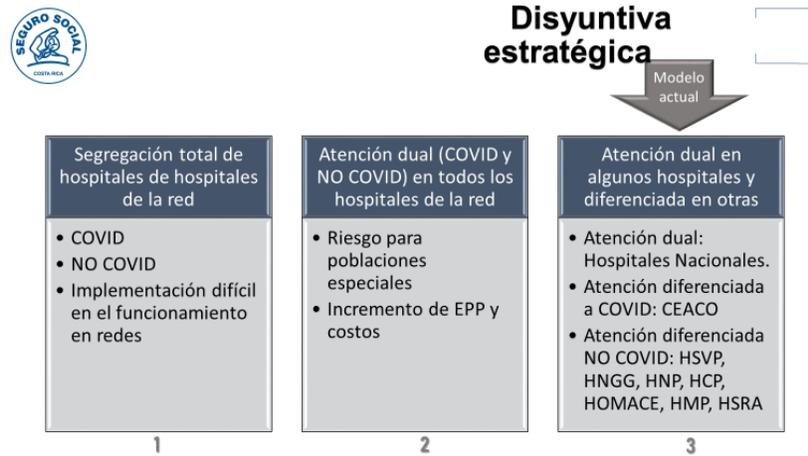
6) Justificación



7) Estrategia

Estrategia	<p>PRIMER OBJETIVO: Optimizar la respuesta a la demanda de servicios para pacientes con COVID 19 en hospitalización y cuidado crítico para todo el territorio nacional</p> <p>SEGUNDO OBJETIVO: Procurar la continuidad de los servicios para las patologías no COVID incluyendo hospitalización y cuidado crítico</p> <p>TERCER OBJETIVO: Optimizar el uso de los recursos institucionales (recurso humano, infraestructura, equipo médico, insumos, tecnologías de información) en aras de lograr los objetivos anteriores.</p>
------------	--

8)



9)

Experiencia Internacional



Repurposing and reshaping of hospitals during the COVID-19 outbreak in South Korea

Minyoung Her*

Department of Internal Medicine, Pyeongsan Good Morning Hospital, Pyeongsan, South Korea

ARTICLE INFO

Keywords:
COVID-19
Outbreak
Nosocomial infection
South Korea

ABSTRACT

During the extensive outbreak of coronavirus disease 2019 (COVID-19) in South Korea, many strategies in the hospital setting, such as stratified patient care, the assignment of hospital beds by a task force team, and the establishment of dedicated COVID-19 hospitals, dedicated COVID-19 emergency centers, COVID-19 community facilities, and respiratory care split hospitals, were adopted to mitigate community transmission and prevent nosocomial infection. Most of these strategies were used during the Middle East Respiratory syndrome outbreak and were applied again successfully during the COVID-19 outbreak. The reallocation of health care capacity, repurposing of hospitals, and close collaboration between the government and the health care committee might have been the key to successfully addressing the crisis of COVID-19 given the shortage of health care resources.

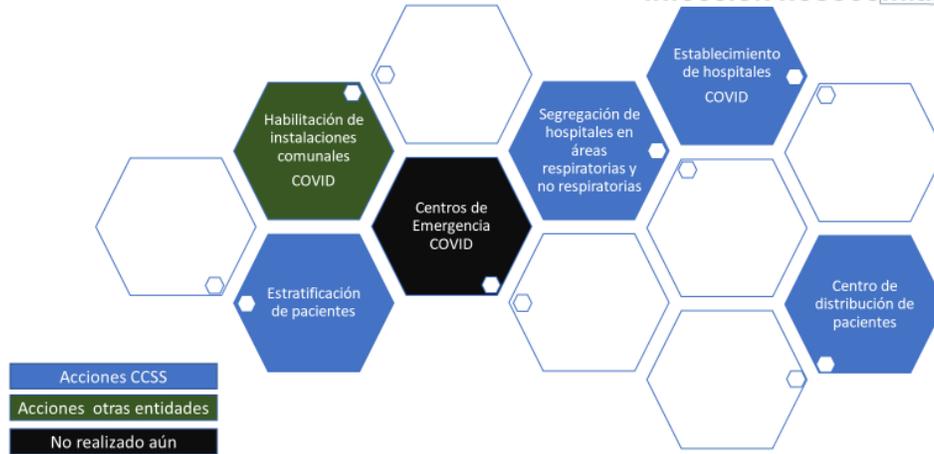
<https://doi.org/10.1016/j.onehlt.2020.100137>

Received 18 April 2020; Received in revised form 30 April 2020; Accepted 30 April 2020
Available online 05 May 2020

2352-7714/ © 2020 Published by Elsevier B.V. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

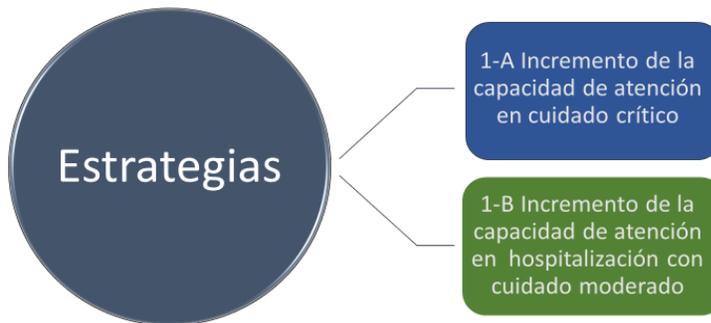
10)

Estrategias para mitigar transmisión comunitaria y prevenir infección nosocomial



11)

Optimizar la respuesta a la demanda de servicios para pacientes con COVID 19 en hospitalización y cuidado crítico para todo el territorio
Primer objetivo

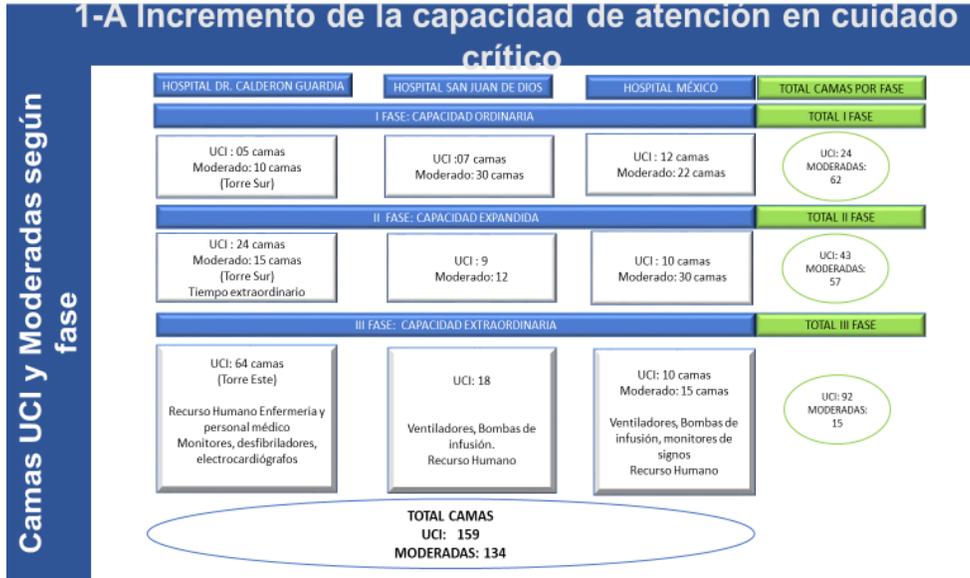


12)

1-A Incremento de la capacidad de atención en cuidado crítico

FASE I	<u>Capacidad Ordinaria:</u> Demanda satisfecha con capacidad ordinaria: 24 camas, distribuida en HM, HSJD, HCG.	
FASE II	<u>Capacidad expandida:</u> Necesidad de expandir capacidad en UCI ya existentes: Planes de contingencia HSJD, HM, HCG.	
FASE III	<u>Capacidad extraordinaria:</u> Habilitación de UCI de apoyo	Propuesta de habilitación gradual Torre Este. HCG Apoyo en UCI hospitales regionales y periféricos

13)



14)

1-A Incremento de la capacidad de atención en cuidado crítico

**Fase III. Capacidad Extraordinaria.
Unidad Cuidado Crítico COVID
Torre Este. HCG**

Etapa- Ubicación	Número adicional de camas UCI-intermedio
SEGUNDA: Sexto Piso	64
TERCERA: Quinto Piso	46
CUARTA: Cuarto Piso	39
TOTAL (Expansión-absoluta)	149- 181

15)

1-B Incremento de la capacidad de atención moderada

FASE I	Capacidad ordinaria:	CEACO Camas COVID en hospitales nacionales, regionales y periféricos*
FASE II	Capacidad expandida:	Primera opción: CEACO Segunda opción: áreas adicionales en hospitales nacionales Tercera opción: áreas adicionales en hospitales regionales y periféricos*
FASE III	Capacidad extraordinaria:	Áreas adicionales en hospitales nacionales Habilitación de emergencia de instalación extrahospitalaria para cuidado moderado.

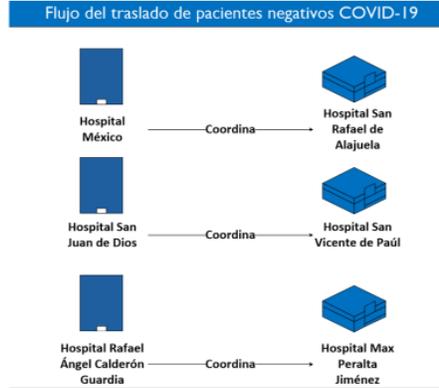
* Organización del subsistema de contingencia en fronteras: HCN, HEB, HSC

Acta de Junta Directiva – Sesión N° 9109

16)

Optimizar la respuesta a la demanda de servicios para pacientes con COVID **Segundo objetivo** en hospitalización y cuidado crítico para todo el territorio

Designación de Hospitales de Apoyo para hospitales nacionales en la atención de patologías NO COVID.



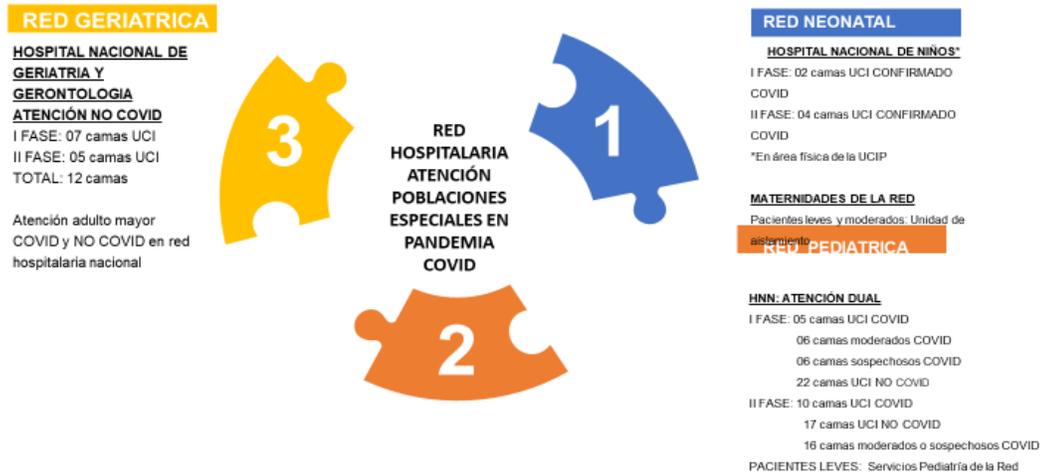
17)

Funciones de los Hospitales de Apoyo NO Covid en Fases I y II (HMP, HSR, HSVP)



18)

Funciones de los Hospitales de Apoyo NO Covid en Fases I y II (HMP, HSR, HSVP)



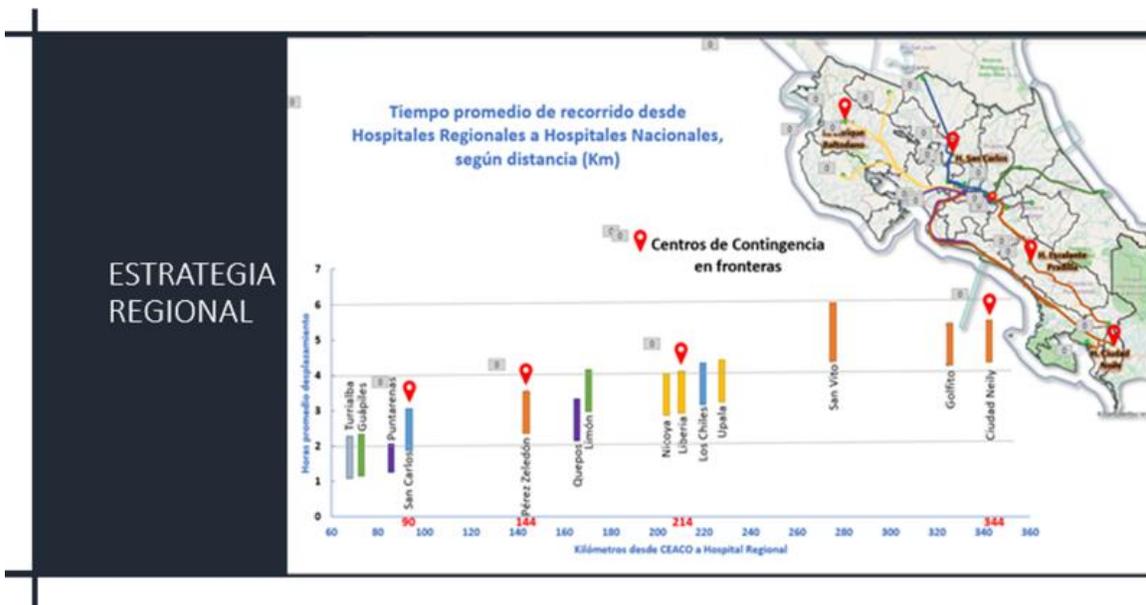
19)

Optimizar el uso de los recursos institucionales (recurso humano, infraestructura, equipo médico, insumos, tecnologías de información) en aras de lograr los objetivos anteriores

Tercer objetivo

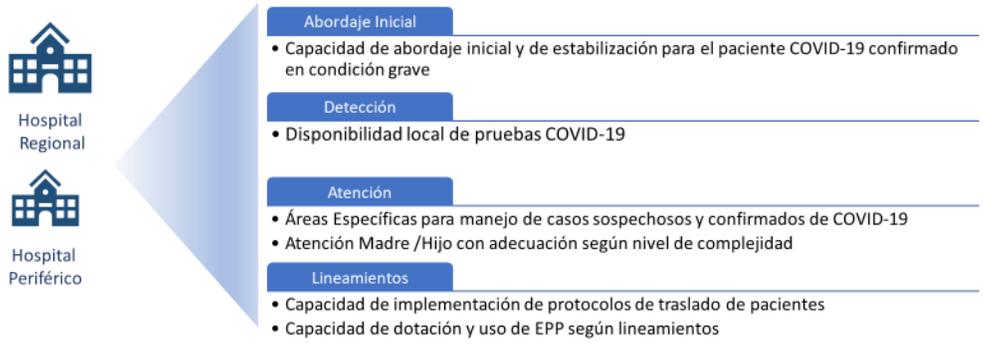


20)



21)

Estrategia General
Recursos para la Implementación



22)



23)

the tragedy in Italy reinforces the wisdom of many public health experts: the best outcome of this pandemic would be being accused of having overprepared.

Facing Covid-19 in Italy — Ethics, Logistics, and Therapeutics on the Epidemic’s Front Line

Lisa Rosenbaum, M.D.

N ENGL J MED 382:20 NEJM.ORG MAY 14, 2020

24)



La evolución actual de la pandemia a la fase de transmisión comunitaria obliga a la formulación de nuevas estrategias para la respuesta, ante el incremento de hospitalizaciones, pacientes críticos y la atención de patologías usuales que brinda la institución.

Existe la potencialidad de expansión de los servicios hospitalarios, actividad que debe desarrollarse por fases pues implica esfuerzos y costos asociados de gran magnitud.



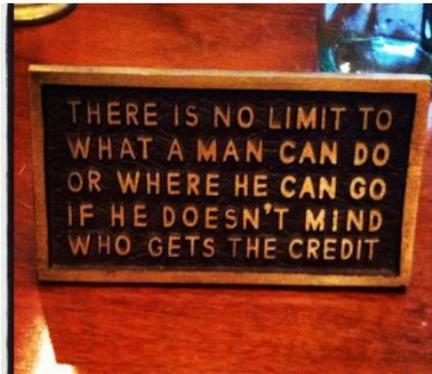
La maximización de los recursos institucionales no garantiza la suficiencia de los mismos en escenarios en donde la población no acata las recomendaciones de salud pública.

Conclusiones

25)



MUCHAS GRACIAS
POR SU ATENCIÓN



Se consigna en esta ACTA el audio correspondiente a la presentación y deliberaciones suscitadas, artículo 1°:

[TORRE ESTE
CAMAS-HOSPITALARIAS](#)

Acta de Junta Directiva – Sesión N° 9109

Por consiguiente, conocido el oficio número GM-8782-2020, de fecha 8 de julio de 2020, firmado por el doctor Ruiz Cubillo, Gerente Médico que, en lo conducente, literalmente se lee así:

“Reciba un cordial saludo. En atención al oficio citado en el asunto del 02 de julio del 2020, de la Gerencia General emitido por el Dr. Roberto Cervantes Barrantes, mediante el cual se solicitó realizar presentación conjunta con el Centro de Atención de Emergencias y Desastres, en relación con la continuidad de los servicios en la Caja Costarricense de Seguro Social, durante las diferentes etapas de la pandemia, tanto para pacientes por COVID como el resto de las patologías complejas; se procede a indicar que la presentación de la Estrategia De Ampliación De Camas Hospitalarias Para La Atención De Pacientes Con COVID-19, Ante El Aumento De Casos Positivos Por SARS-COV2; se indica que la misma se presentó en el Consejo de Gerentes y Presidencia del pasado 03 de julio del 2020 según lo solicitado, posterior a aprobación en este se procede a indicar.

ANTECEDENTES:

El Coronavirus o llamado COVID-19, inicio en un mercado de animales en la provincia de Wubei en China Central en diciembre de 2019, provocando un síndrome respiratorio similar a una influenza o gripe común pero que presenta, en ciertos pacientes, una evolución pulmonar rápida, grave y hasta casos mortal. Así, pese a que en China la respuesta del sector sanitario fue bastante rápida, el virus se expandió rápidamente por el país para posteriormente entre los meses de febrero y marzo de 2020 propagarse a Europa y a nivel mundial; siendo declarada Pandemia a mediados de marzo por la Organización Mundial de la Salud (OMS).

En Costa Rica se presentó, según el Ministerio de Salud, el primer caso confirmado el 06 de marzo del año en curso, poniendo en alerta a las autoridades sanitarias nacionales quienes de inmediato iniciaron las medidas de prevención y contención en centros de salud y educación a la población; sin embargo y como en el resto del mundo se ha evidenciado un crecimiento exponencial de casos, con una curva de crecimiento en aumento, que según indican los especialistas en el tema aún no ha alcanzado su pico máximo por lo que se realiza la declaración de Emergencia Nacional el 23 de marzo de 2020 por la Caja Costarricense de Seguro Social (C.C.S.S.) junto a Ministerio de Salud (M.S.), quienes común se indicó anteriormente, trabajan e informan diariamente sobre el tema, se mantienen alerta y tomando cada día decisiones para evitar el contagio de persona a persona.

Día a día se incrementan los casos y esto hace necesario que las autoridades cuenten con la información veraz y en tiempo real para la toma de decisiones que correspondan.

Consecuente con lo antes descrito; en seguimiento a acuerdo y aprobación de la estrategia de ampliación de camas hospitalarias para la atención de pacientes con

Acta de Junta Directiva – Sesión N° 9109

COVID-19, ante el aumento de casos positivos por SARS-COV2, en el Consejo de Gerentes y Presidencia del pasado 03 de julio del 2020, se procede a indicar.

I. DIAGNÓSTICO:

Durante el proceso de análisis de la propuesta a presentar, la misma fue objeto de revisión por parte las instancias técnicas competentes, las cuales emitieron los criterios técnicos correspondientes según se detalla a continuación:

1.1 Criterio Técnico emitido por funcionarios de: de Área de Estadística en Salud, Subárea de Vigilancia Epidemiológica de la Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud, Dirección General del Hospital Nacional de Niños y del despacho de Gerencia Médica.

Mediante oficio DG-HNN-1234-20 / AES-2-634-2020/ ASC-SAVE-0528-2020 de fecha 08 de julio de 2020, se indica:

“

I. ANTECEDENTES:

- *El día 04 de marzo del 2020 se registra la primera hospitalización relacionada con COVID-19 dentro del sistema hospitalario, y el día 7 del mismo mes, el primer ingreso a una unidad de cuidado intensivo por un caso confirmado con esta enfermedad. El 15 de marzo se inicia la transformación del Centro Nacional de Rehabilitación en lo que hoy conocemos como Centro Especializado para Atención de Pacientes COVID-19 (CEACO) recibiendo el primer caso en sus camas el día 02 de abril del año en curso.*
- *El Decreto N° 42227 - MP – S, declara estado de emergencia nacional en todo el territorio de la República de Costa Rica, debido a la situación de emergencia sanitaria provocada por la enfermedad COVID-19, determinando en su artículo 3 que “Se tienen comprendidas dentro de esta declaratoria de emergencia todas las acciones, obras y servicios necesarios (...) para salvaguardar la salud y vida de los habitantes (...).”*

II: JUSTIFICACIÓN:

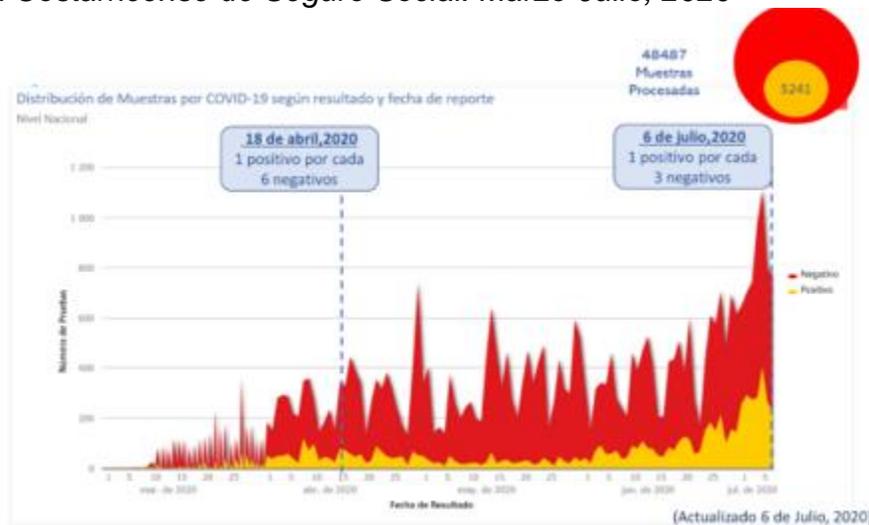
Al evaluar el número de pruebas procesadas por SARS-CoV-2 en la Caja Costarricense de Seguro Social en el período comprendido entre marzo hasta julio del 2020, se evidenció que durante los meses de abril y mayo y junio del 2020 se procesaron en promedio 12226 muestras cada mes.

La evaluación del comportamiento de la distribución de los resultados de las muestras procesadas permite la estimación de la razón de resultados positivos en relación con

Acta de Junta Directiva – Sesión N° 9109

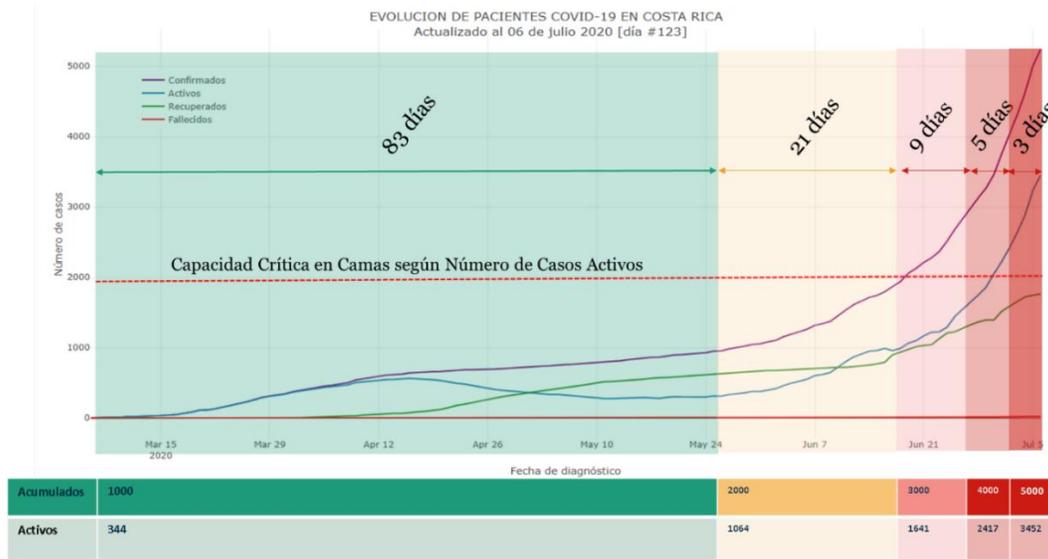
resultados negativos, lo cual es un indicador que evidencia el comportamiento de la detección de casos positivos entre las muestras procesadas. Tomando como patrón de referencia el 18 de abril del 2020 se evidenció que por cada caso positivo por SARS-COV-2 muestras negativas eran reportadas y realizando esta misma estimación el 6 de julio del 2020 por cada muestra positiva se encontraron 3 casos negativos. Esta situación evidencia que los procesos de búsqueda de casos basados en el número de muestras procesadas ha incrementado en el doble para el momento actual en relación a lo que se presentó el 18 de abril de 2020 lo que traduce una mayor circulación viral en la población. Figura 1

Figura 1: Distribución de muestras procesadas por COVID-19 según resultado y fecha de reporte. Caja Costarricense de Seguro Social. Marzo-Julio, 2020



La evaluación de la tendencia del comportamiento de casos acumulados por COVID-19 desde el 6 de marzo del 2020, se evidenció que los primeros 1000 casos acumulados se presentaron en 83 días y que generó 344 casos activos, 21 días para alcanzar los 2000 casos acumulados con 1064 casos activos, 9 días adicionales para alcanzar 3000 casos acumulados con 1641 casos activos, para alcanzar los 4000 casos acumulados con 2417 activos y 5000 casos acumulados con 3452 casos activos, se requirieron 5 y 3 días, respectivamente. Esto denota una generación acelerada de casos acumulados, pero fundamentalmente en los casos activos que son los que cuentan con el potencial de requerir atención médica hospitalaria y de cuidados críticos. Según se ha estimado, la capacidad de cama según número de casos activos bajo el escenario actual se ha establecido en 1500 casos activos, lo cual fue superado en la primera semana del mes de julio. Figura 2.

Figura 2: Evolucion número de casos acumulados de COVID-19 y generación de casos activos según fecha de diagnóstico. Caja Costarricense de Seguro Social. Marzo-Julio, 2020.



La presencia de casos activos por cada una de las redes hospitalaria resulta de especial importancia para definir el potencial riesgo de demanda de recursos hospitalarios donde eventualmente acudirían casos con manifestaciones severas de la enfermedad.

La distribución de casos activos reportados para el 6 de julio de 2020 y evaluados según la distribución del centro de atención hospitalaria de adscripción directa, se evidencia que los centros hospitalarios con mayor número de casos activos se encuentran dentro de las posiciones más críticas el Hospital San Juan de Dios que alcanzó más de 1100 casos seguido del Hospital San Vicente de Paúl con 332 casos y el Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia con 325 casos. La mayor concentración de casos activos se encuentra en las zonas centrales para el país y por ende donde la potencial demanda de servicios hospitalarios y de alta complejidad por casos severos debe de ser contemplada. Figura 3.

Figura 3: Distribución de casos activos de COVID-19 según área de adscripción directa hospitalaria. Caja Costarricense de Seguro Social. 6 de Julio, 2020



Lo anterior, empieza a reflejar crecimientos que ameritan total atención sobre la presión que los casos activos están ejerciendo sobre la capacidad hospitalaria actual para el abordaje de pacientes COVID-19.

Desde el primer caso confirmado de COVID-19 que requirió servicios de hospitalización en la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), la cantidad de personas que ha ameritado un internamiento en la CCSS han generado un total de 311 hospitalizaciones. El primer impacto del aumento en la demanda de los servicios de hospitalización se presentó al finalizar el mes de marzo, alcanzando 16 personas hospitalizadas el 3 de abril. En la semana del 20 de abril en adelante, mantuvo un comportamiento más moderado en cuanto a la cantidad de personas hospitalizadas. Durante las siguientes 5 semanas, no se superó la cantidad de 20 personas en los servicios de hospitalización.

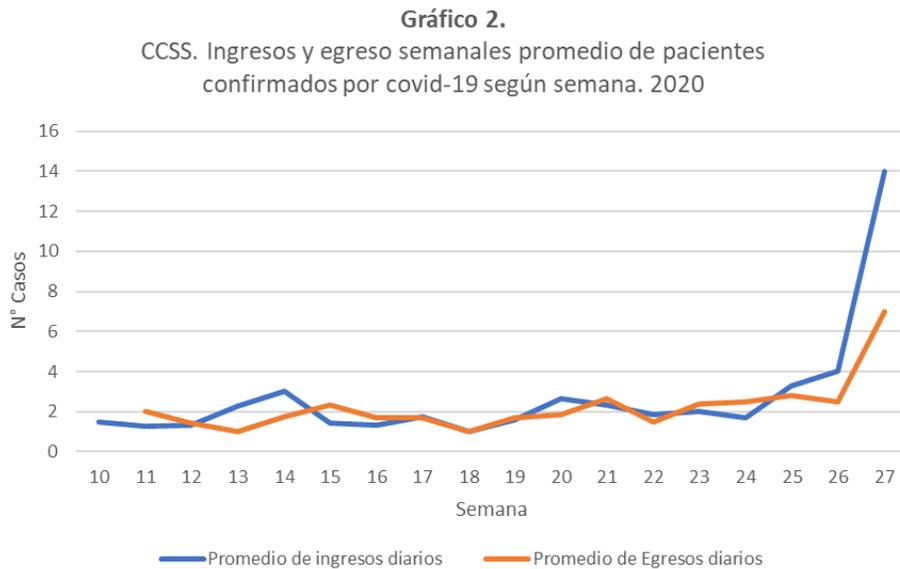
Con el repunte de los casos nuevos por COVID-19, se ha evidenciado un incremento importante a partir de la primera semana de junio, a la fecha, se ha aumentado 4 veces la cantidad personas que se encuentran hospitalizadas por COVID-19, pasando de tener 20 personas hospitalizadas el domingo 7 de junio, a tener 43 personas hospitalizadas al domingo 28 de junio, sin dejar de lado que al martes 07 de junio ya se contabilizan 80 personas hospitalizadas.

Respecto a las hospitalizaciones en las unidades de cuidado intensivo (UCI), durante la segunda semana de abril, se alcanzó las 15 personas hospitalizadas, posteriormente hubo un decrecimiento en este tipo de hospitalizaciones que se ha mantenido por debajo de 6 personas. Sin embargo, a inicios de julio de este año, se vuelve a experimentar un crecimiento, donde los últimos 5 días han existido al menos 10 personas hospitalizadas en UCI por COVID-19.

Acta de Junta Directiva – Sesión N° 9109



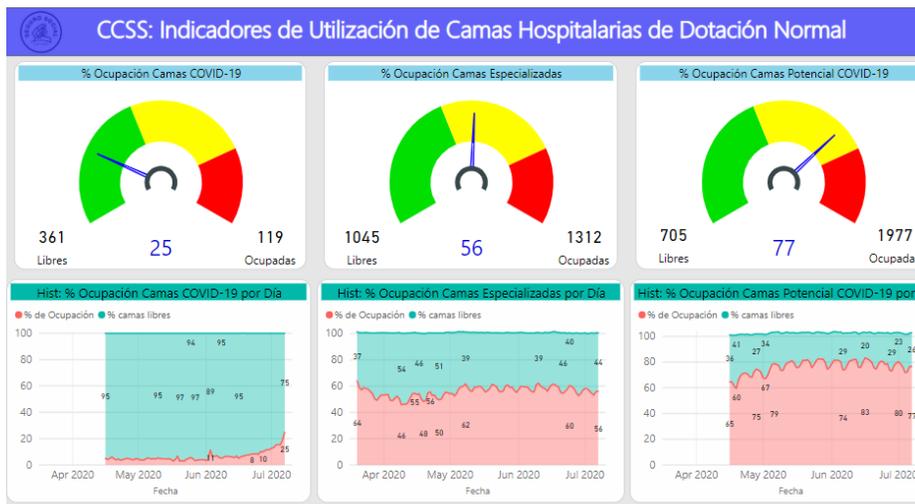
Ahora bien, desde el inicio de la pandemia, la ha existido un balance entre la cantidad de nuevos ingresos a hospitalización de pacientes con COVID-19 y las personas que egresan, sin embargo, a la semana entre el 22 al 28 de junio (semana 26), empieza a crearse una brecha importante entre los ingresos y egresos por COVID-19. A la fecha, esta brecha contabiliza 2 nuevos ingresos por cada egreso hospitalario debido a COVID-19, lo que pone aún más en riesgo, la capacidad hospitalaria.



Como parte de las acciones definidas en torno a la pandemia, se han generado una serie de soluciones de inteligencia de negocios para que toda decisión sea basada en evidencia, ejemplo de ello, es la creación de un dashboard por parte del Área de

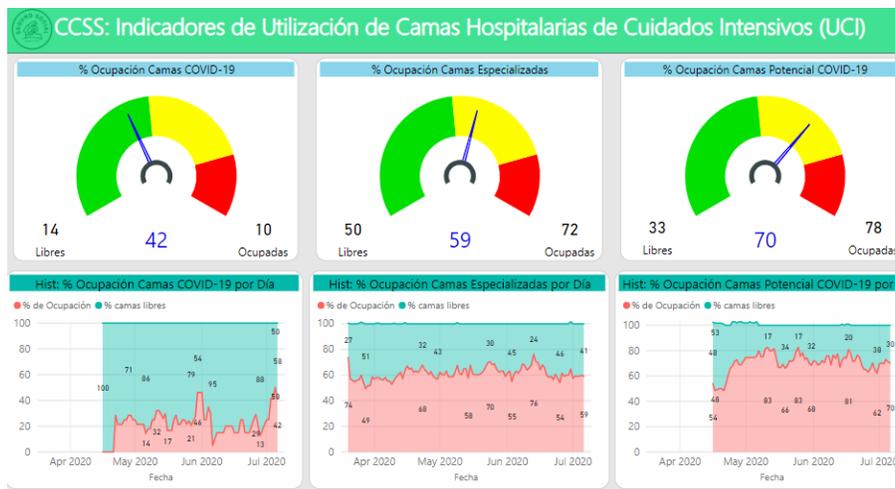
Estadística en Salud que permite, entre otras posibilidades, monitorear la ocupación de camas tanto en los salones (incluye las camas para atender pacientes moderados e intermedios de COVID-19) y las de unidades de cuidado intensivo como se muestra en las figuras 4 y 5:

Figura 4



Fuente: CCSS, Gerencia Médica, Área de Estadística en Salud. Actualización al 07 de julio del 2020.

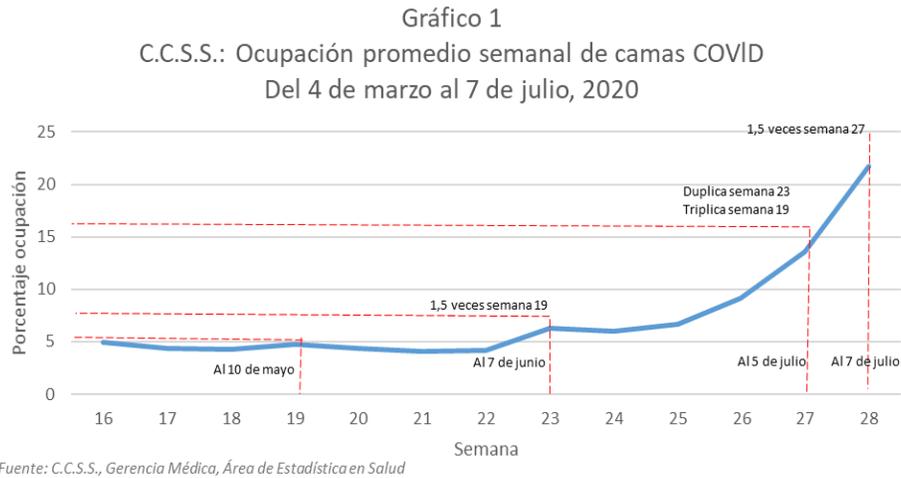
Figura 5



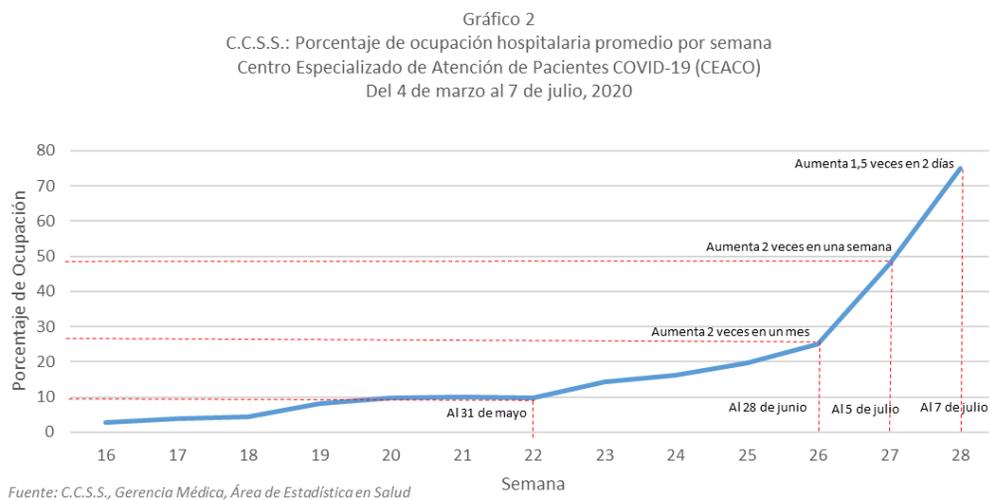
Fuente: CCSS, Gerencia Médica, Área de Estadística en Salud. Actualización al 07 de julio del 2020.

Respecto al comportamiento de la ocupación hospitalaria de las camas para pacientes moderados por COVID-19, evidencia un crecimiento acelerado respecto a lo que se tenía hace un mes. Del 7 de junio al 5 de junio, se superó 2 veces la ocupación de camas, sin embargo, en menos de una semana, ya se aumentó 1,5 veces dicha ocupación, tal como se muestra en el gráfico 2 seguido:

Acta de Junta Directiva – Sesión N° 9109

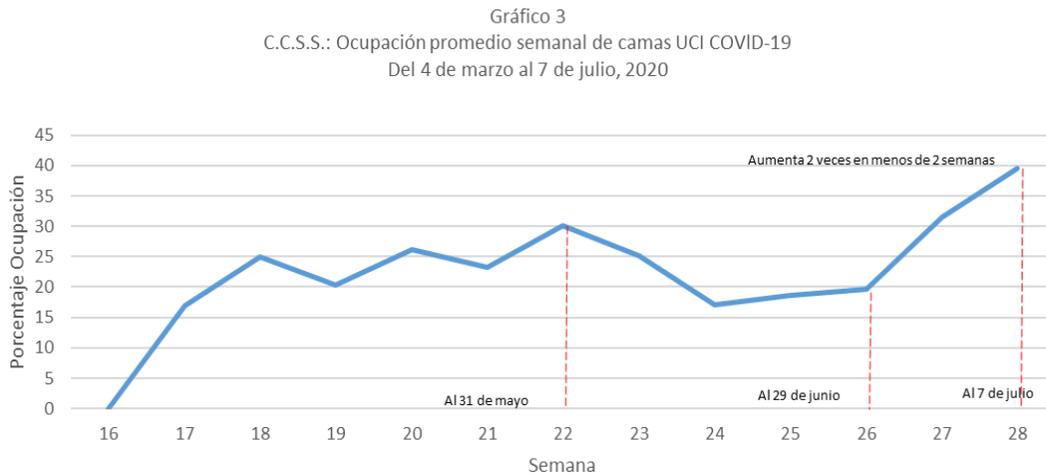


Este mismo comportamiento se tiene en el Centro de Atención de Pacientes COVID-19 (CEACO), donde, a partir del 28 de junio, en una semana se aumentó el doble de la ocupación hospitalaria, y en cuestión de dos días, ya se supera en 1,5 veces la ocupación.



Un crecimiento similar también se refleja en la ocupación de camas UCI para el abordaje de pacientes COVID-19 crítico, en cuestión de menos de 2 semanas, se ha aumentado 2 veces la ocupación de estas camas:

Acta de Junta Directiva – Sesión N° 9109



Así las cosas, es evidente que el crecimiento acelerado en los casos nuevos y los que permanecen activos, ya están generando presión sobre la capacidad hospitalaria para el abordaje de pacientes COVID-19 de cuidado moderado, intermedio y crítico.

III. OBJETIVO GENERAL:

Establecer una estrategia integral para satisfacer la demanda de servicios de hospitalización de pacientes con COVID-19 de cuidado moderado y unidades de cuidado intensivo, procurando la continuidad de los servicios para patologías no COVID-19 haciendo uso óptimo de los recursos.

IV. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

OBJETIVO 1: *Optimizar la respuesta a la demanda de servicios para pacientes con COVID 19 en hospitalización y cuidado crítico para todo el territorio nacional.*

OBJETIVO 2: *Procurar la continuidad de los servicios para las patologías no COVID incluyendo hospitalización y cuidado crítico.*

OBJETIVO 3: *Optimizar el uso de los recursos institucionales (recurso humano, infraestructura, equipo médico, insumos, tecnologías de información) en aras de lograr los objetivos anteriores.*

V. DEFINICIÓN DE ESTRATEGIA:

1. *Disyuntiva Estratégica.*

Para el abordaje de pacientes COVID-19 se identifican tres posibles estrategias las cuales se describen a continuación:

Acta de Junta Directiva – Sesión N° 9109

1.1. Segregación total de hospitales respecto a la red de servicios:

Considera establecer hospitales completamente dedicados a la atención de pacientes COVID-19 y otros completamente libre de pacientes COVID-19, no obstante, presenta la dificultad de que es una implementación difícil en términos logísticos, recursos y tiempo, ya que además amerita una reestructuración completa del funcionamiento de las redes de e servicios.

1.2. Atención dual en todos los hospitales de la red de servicios:

Significa mantener el funcionamiento de la red de servicios en donde cada hospital asume los pacientes COVID-19 de su red, así las cosas, se tendrían pacientes COVID-19 y no COVID-19 en el mismo establecimiento de salud, lo que incrementa el riesgo de contagio en poblaciones vulnerables y con factores de riesgo asociados a su salud, a su vez, significa un incremento en la utilización de equipo de protección personal y con esto incremento en los costos de operación.

1.3. Atención dual en algunos hospitales y segregación en otros hospitales:

En esta estrategia se definen hospitales de atención dual (se da atención hospitalaria tanto a pacientes con COVID-19 como a otras personas con patologías distintas a COVID-19), hospitales segregados COVID-19 dedicados únicamente a la atención de pacientes COVID-19 y hospitales segregados “no COVID-19” que en sus servicios de hospitalización no tendrían personas con patología COVID-19, significa que de requerir una persona hospitalización en estos establecimientos, deberán activarse los protocolos de traslados. Esta clasificación se define de la siguiente manera:

Hospitales duales:

Hospital Dr. Rafael A. Calderón Guardia.

Hospital México.

Hospital San Juan de Dios.

Hospital Nacional de Niños.

Hospitales segregados COVID-19:

Centro Especializado para Atención de Pacientes COVID-19 (CEACO).

Hospitales segregados no COVID-19:

Hospital de San Rafael (Alajuela).

Hospital San Vicente de Paúl (Heredia).

Hospital Maximiliano Peralta Jiménez (Cartago).

Hospital Nacional de Geriátrica y Gerontología.

Hospital Nacional Psiquiátrico.

Hospital Psiquiátrico Dr. Roberto Chacón Paut.

Hospital Nacional de las Mujeres.

Acta de Junta Directiva – Sesión N° 9109

Importante destacar que esta tercera estrategia es la que se encuentra en ejecución actualmente para el abordaje de pacientes COVID-19 en los servicios de hospitalización.

2. Experiencia Internacional.

En la búsqueda de experiencias internacionales de manejo de pacientes COVID-19 en función de una red hospitalaria, Corea del Sur muestra un escenario con características similares a la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS). De ahí que sirve de referente para plantear estrategias que fortalezcan la red hospitalaria en el abordaje de la pandemia. Así las cosas, se definen algunas características y estrategias importantes en aras de mitigar los impactos ante una eventual transmisión comunitaria y prevenir la infección nosocomial.

One Health 10 (2020) 100137



Contents lists available at ScienceDirect

One Health

journal homepage: www.elsevier.com/locate/onehl



Repurposing and reshaping of hospitals during the COVID-19 outbreak in South Korea



Minyoung Her*

Department of Internal Medicine, Pyeongtaek Good Morning Hospital, Pyeongtaek, South Korea

ARTICLE INFO

Keywords:
COVID-19
Outbreak
Nosocomial infection
South Korea

ABSTRACT

During the extensive outbreak of coronavirus disease 2019 (COVID-19) in South Korea, many strategies in the hospital setting, such as stratified patient care, the assignment of hospitals/beds by a task force team, and the establishment of dedicated COVID-19 hospitals, dedicated COVID-19 emergency centers, COVID-19 community facilities, and respiratory care split hospitals, were adopted to mitigate community transmission and prevent nosocomial infection. Most of these strategies were used during the Middle East Respiratory syndrome outbreak and were applied again successfully during the COVID-19 outbreak. The reallocation of health care capacity, repurposing of hospitals, and close collaboration between the government and the health care committee might have been the key to successfully addressing the crisis of COVID-19 given the shortage of health care resources.

<https://doi.org/10.1016/j.onehl.2020.100137>

Received 18 April 2020; Received in revised form 30 April 2020; Accepted 30 April 2020

Available online 05 May 2020

2352-7714/ © 2020 Published by Elsevier B.V. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Dentro de las acciones al alcance de la CCSS:

- *Estratificación de pacientes.*
- *Segregación de hospitales en áreas respiratorias y no respiratorias.*
- *Establecimiento de hospitales COVID.*
- *Centro de distribución de pacientes.*

Acta de Junta Directiva – Sesión N° 9109

Acciones correspondientes a otras instituciones:

- *Habilitación de instalaciones comunales COVID.*

Acciones aún no realizadas:

- *Centros de Emergencia COVID.*

3. OBJETIVO 1: Optimizar la respuesta a la demanda de servicios para pacientes con COVID 19 en hospitalización y cuidado crítico para todo el territorio nacional.

En respuesta a este objetivo se ha definido 2 líneas de acción:

- (A) *Incremento de la capacidad de atención en cuidado crítico.*
- (B) *Incremento de la capacidad de atención en hospitalización con cuidado moderado.*

3.1 (A) Incremento de la capacidad de atención en cuidado crítico

Esta estrategia implica la disponibilidad de camas de cuidado intensivo para el abordaje y atención de pacientes COVID-19 en estado crítico, en la cual se identifican 3 fases en donde, la transición de cada fase lo indicará el agotamiento de camas disponibles definidas en cada una de estas:

FASE I Capacidad ordinaria.

Contempla las camas de UCI que actualmente cuenta la institución para el abordaje de la pandemia, se distribuye de la siguiente manera:

<u>Hospital</u>	<u>Camas UCI</u>
<u>Total</u>	<u>24</u>
<i>Hospital Dr. Rafael A. Calderón Guardia</i>	<i>5</i>
<i>Hospital México</i>	<i>12</i>
<i>Hospital San Juan de Dios</i>	<i>7</i>

FASE II Capacidad expandida.

Consiste en expandir la capacidad de camas en las UCI ya existentes. Este se basa en los planes de contingencia de los 3 hospitales nacionales (Hospital San Juan de Dios, Hospital México, Hospital Dr. Rafael A. Calderón Guardia).

Acta de Junta Directiva – Sesión N° 9109

Hospital	Camas UCI adicionales	Total de camas UCI
<u>Total</u>	<u>43</u>	<u>67</u>
Hospital Dr. Rafael A. Calderón Guardia	24	29
Hospital México	10	22
Hospital San Juan de Dios	9	16

En el caso del Hospital Calderón Guardia, es necesario reforzar con uno o dos especialistas y al menos 3 médicos residentes.

FASE III Capacidad extraordinaria:

Es la habilitación de camas UCI capacidad ya expandida y que requieren de inversión de tipo recurso humano equipamiento médico, infraestructura, entre otros. Como respuesta a este escenario se ha identificado dos líneas de acción:

- Propuesta de habilitación gradual de camas UCI en la Torre Este del Hospital Dr. Rafael A. Calderón Guardia, más otras camas que con inversión se puede ampliar en otros hospitales nacionales.

Hospital	Camas UCI adicionales	Total de camas UCI
<u>Total</u>	<u>92</u>	<u>159</u>
Torre Este (HRCG)	64	93
Hospital México	10	32
Hospital San Juan de Dios	18	34

Respecto a la habilitación de camas con Torre Este del Hospital Dr. Rafael A. Calderón Guardia se detalla la estrategia:

<u>Etapa (ubicación)</u>	<u>Camas UCI</u>
<u>Total</u>	<u>149</u>
SEGUNDA: sexto piso	64
TERCERA: quinto piso	46
CUARTA: cuarto piso	39

Acta de Junta Directiva – Sesión N° 9109

- Apoyo en unidades de cuidados intensivos con hospitales regionales y periféricos (esta estrategia se detalla más adelante).

3.2 (B) Incremento de la capacidad de atención moderada.

Esta estrategia implica la disponibilidad de camas para el abordaje y atención de pacientes COVID-19 en estado moderado, en la cual se identifican 3 fases en donde, la transición de cada fase lo indicará el agotamiento de camas disponibles definidas en cada una de estas:

FASE I Capacidad ordinaria.

Contempla las camas moderadas que actualmente cuenta la institución para el abordaje de la pandemia, se distribuye de la siguiente manera:

Hospital	Camas moderados
<u>Total</u>	<u>491</u>
CEACO	88
Hospital Dr. Rafael A. Calderón Guardia	10
Hospital México	22
Hospital San Juan de Dios	30
Otros hospitales	341

FASE II Capacidad expandida.

Consiste en la ampliación de camas según el agotamiento gradual de las siguientes opciones:

- **Primera opción:** CEACO.
- **Segunda opción:** camas moderadas adicionales en hospitales nacionales.

Hospital	Camas moderados adicionales	Total de camas moderados
<u>Total</u>	<u>57</u>	<u>119</u>
Hospital Dr. Rafael A. Calderón Guardia	15	25
Hospital México	30	52
Hospital San Juan de Dios	12	42

Acta de Junta Directiva – Sesión N° 9109

- **Tercera opción:** Áreas adicionales en hospitales regionales y periféricos. Incluye una organización del subsistema de contingencia en fronteras por los hospitales de Ciudad Neily, Hospital Enrique Baltodano y Hospital San Carlos.

FASE III Capacidad extraordinaria.

Para esta fase se requiere de inversión en equipamiento, recurso humano y otros insumos para poder ampliar la capacidad de camas para la atención de pacientes COVID-19 moderados.

- *Habilitación de camas adicionales para pacientes moderados en hospitales nacionales:*

Hospital	Camas moderados adicionales	Total de camas moderados
<u>Total</u>	<u>15</u>	<u>134</u>
Hospital Dr. Rafael A. Calderón Guardia	(*)0	25
Hospital México	15	67
Hospital San Juan de Dios	(**)0	42

(*) No se habilitan más camas de moderado, pero se analiza la opción de ampliar con camas en la Torre Este, sujeto al proyecto de construcción de la torre.

(**) No aumenta en número pero reorganiza internamente sus camas. Se toman camas moderadas de la fase 2 para ampliar capacidad en UCI.

- *Habilitación de emergencia de instalación extrahospitalaria para cuidado moderado.*

En síntesis, ambas estrategias en los hospitales nacionales se resumen de la siguiente manera:

HOSPITAL DR. CALDERON GUARDIA	HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS	HOSPITAL MÉXICO	TOTAL CAMAS POR FASE
I FASE: CAPACIDAD ORDINARIA			TOTAL I FASE
UCI : 05 camas Moderado: 10 camas (Torre Sur)	UCI :07 camas Moderado: 30 camas	UCI : 12 camas Moderado: 22 camas	UCI: 24 MODERADAS: 62
II FASE: CAPACIDAD EXPANDIDA			TOTAL II FASE
UCI : 24 camas Moderado: 15 camas (Torre Sur) Tiempo extraordinario	UCI : 9 Moderado: 12	UCI : 10 camas Moderado: 30 camas	UCI: 43 MODERADAS: 57
III FASE: CAPACIDAD EXTRAORDINARIA			TOTAL III FASE
UCI: 64 camas (Torre Este) Recurso Humano Enfermería y personal médico Monitores, desfibriladores, electrocardiógrafos	UCI: 18 Ventiladores, Bombas de infusión. Recurso Humano	UCI: 10 camas Moderado: 15 camas Ventiladores, Bombas de infusión, monitores de signos Recurso Humano	UCI: 92 MODERADAS: 15
TOTAL CAMAS UCI: 159 MODERADAS: 134			

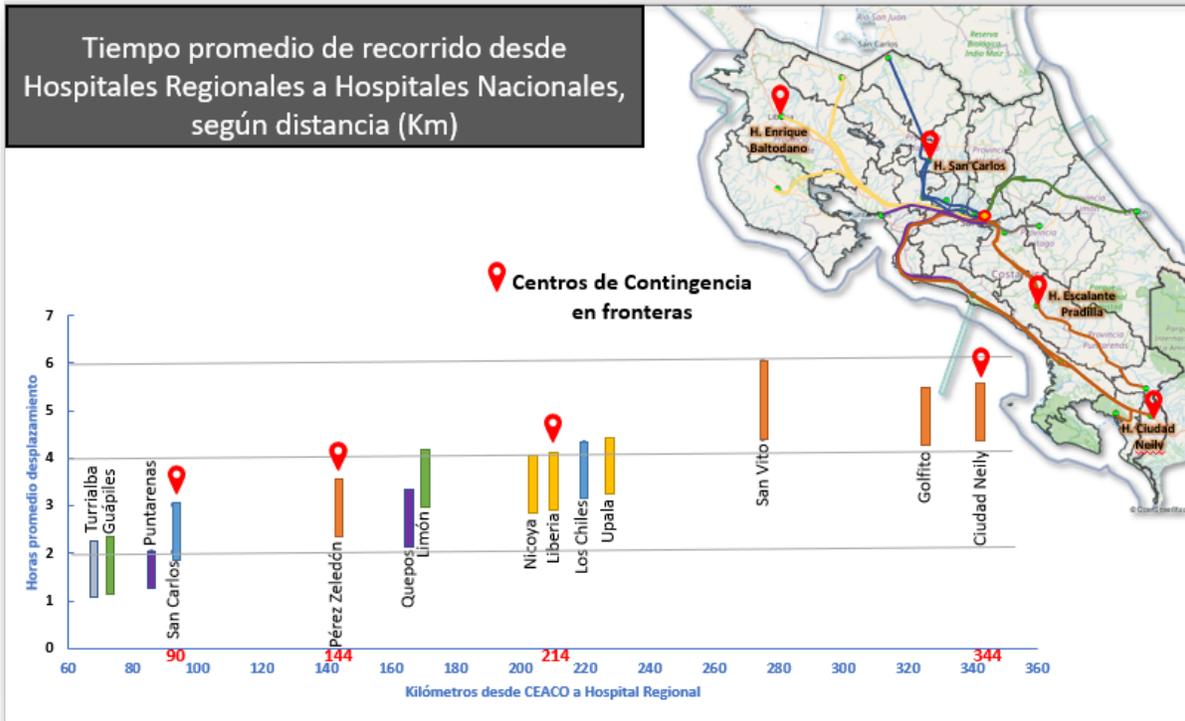
3.3 Estrategia de ampliación en hospitales regionales y periféricos.

Al evaluar las distancias y el tiempo de desplazamiento que existe entre los hospitales Regionales y los Hospitales Nacionales, es necesario señalar que la región brunca presenta las mayores distancias llegando a los 344 kilómetros, con un tiempo promedio de 5 horas hasta la GAM, mientras que esta 171 km del Hospital Escalante Pradilla, tardando 3 h.

Mientras tanto en la frontera Norte, se cuenta en un sector el Hospital de Liberia en Dr. Enrique Baltodano Briceño ubicado a 214 km de los Hospitales nacionales, pero es el punto intermedio a 100 kilómetros entre el hospital de Upala y Hospital de la Anexión. En tanto el Hospital de San Carlos se encuentra a 90 km de la GAM.

Es necesario tener planes regionales de contingencia, ya se, según los pronósticos del Instituto Meteorológico Nacional podemos enfrentamos a eventos climáticos, y esto nos puede dificultar rutas y accesibilidad hacia la GAM.

Acta de Junta Directiva – Sesión N° 9109



Consiste en el apoyo de camas hospitalarias para atender pacientes COVID-19 moderados y de cuidado crítico bajo las siguientes líneas de acción:

- Todo centro hospitalario Regional y Periférico, debe tener áreas designadas para pacientes sospechosos y confirmados, y para el binomio madre-hijo con condición clínica de acuerdo a su nivel de complejidad.
- Todo centro hospitalario debe disponer de los recursos necesarios para el abordaje inicial y la estabilización para el paciente COVID confirmado en condición grave.
- Los hospitales regionales y periféricos deben tener actualizados los protocolos de traslado, dotación y uso de los EPP de acuerdo con los lineamientos institucionales vigentes.
- Fortalecer las actividades de capacitación, dotación de pruebas rápidas, y constitución de equipos de traslado.

Para efectos de la ampliación de las camas tanto moderadas como cuidado crítico (UCI), se describe en la siguiente tabla según las distintas fases antes descritas:

REGION	FASE 1 - ACTUAL		FASE 2- CAPACIDAD EXPANDIDA		Total con Fase 2		FASE 3- CAPACIDAD EXTRAORDINARIA		Total con Fase 3	
	Moderado	UCI	Moderado	UCI	Moderado	UCI	Moderado	UCI	Moderado	UCI
BRUNCA	21	3	4	0	25	3	0	0	25	3
H.ATLANTICA	33	0	6	5	39	5	0	0	39	5
C.SUR	11	0	18	0	29	0	2	0	31	0
C.NORTE	50	3	44	5	94	8	97	9	191	17
P.CENTRAL	28	3	18	7	46	10	0	0	46	10
CHOROTEGA	6	16	11	6	17	22	0	0	17	22
H.NORTE	32	4	34	12	66	16	0	0	66	16
TOTALES	181	29	135	35	316	64	99	9	415	73

4. OBJETIVO 2: Procurar la continuidad de los servicios para las patologías no COVID incluyendo hospitalización y cuidado crítico.

Se busca con este objetivo, establecer hospitales de la red de servicios que apoyen a los hospitales nacionales en la atención de patologías NO COVID-19, con el fin de dar continuidad a procesos de atención de los hospitales nacionales que así lo requieran y se vean limitados por la atención de pacientes COVID-19, según se define en la siguiente tabla:

Hospital Nacional	Hospital de apoyo NO COVID
<i>Hospital México</i>	<i>Hospital San Rafael, Alajuela</i>
<i>Hospital San Juan de Dios</i>	<i>Hospital San Vicente de Paul, Heredia</i>
<i>Hospital Calderón Guardia</i>	<i>Hospital Max Peralta, Cartago</i>

5. OBJETIVO 3: Optimizar el uso de los recursos institucionales (recurso humano, infraestructura, equipo médico, insumos, tecnologías de información) en aras de lograr los objetivos anteriores.

Para la atención de este objetivo, se destacan 4 grandes áreas de atención y sus principales ejes de acción.

5.1 Recurso humano.***Equipos interhospitalarios de atención.***

Flexibilización en tramitología para contratación de personal.

5.2 Infraestructura.

Utilización de estructura ya edificada, aún no ocupada.

Reconversión de infraestructura existente.

5.3 Equipos médicos e insumos.

Colaboración interhospitalaria según necesidad.

5.4 Tecnologías de información.

Aplicación de telemedicina en pacientes críticos, distribución centralizada de las camas.”

1.2 Criterio Técnico emitido por el Dr. Douglas Montero Chacón, Director General, Hospital México.

La Dirección General del hospital México, mediante oficio DGHM-2664-2020 de fecha 26 de junio del 2020 indicó:

“Con el objetivo de tener una respuesta planificada ante la pandemia del COVID- 19 y los posibles casos esperados para la atención del paciente en condición crítica, es que surge la necesidad de establecer la capacidad resolutive y máxima de la unidad en este escenario. Basado en la capacidad instalada tanto de infraestructura, como del recurso humano médico y enfermería disponible, capacitado para la atención al paciente gravemente enfermo”

Con base a lo anterior se ha planeado 3 escenarios de atención a los pacientes COVID, según la incidencia de casos y necesidades hospitalarias:

1.PRIMER ESCENARIO: (Situación actual disponible).

- Una Unidad de Cuidados Intensivos con 12 camas para pacientes críticos COVID. Se ubica 7mo piso, todas provistas de ventilación invasiva.

Acta de Junta Directiva – Sesión N° 9109

- Una Unidad COVID, con 22 camas, para la atención de pacientes COVID no complicados o no críticos.

Importa aclarar que este primer escenario, también es escalable. Actualmente únicamente se están utilizando una cama de unidad crítica COVID, y una cama en la Unidad Covid, pero con capacidad de extenderse en forma inmediata, conforme se explica para el primer escenario.

2. SEGUNDO ESCENARIO:

- Se amplía las camas de **Cuidados Intensivos** con 10 camas más (total 22 camas) para pacientes críticos COVID. La ampliación de camas críticas se hace en el sexto piso.
- La Unidad COVID, se amplía con 34 camas más, para la atención de 56 pacientes COVID no complicados o no críticos. Esta extensión sería parte en el sexto y séptimo

3. TERCER ESCENARIO:

- Las camas de **Cuidados Intensivos** se extienden a 10 camas más (total 32 camas) para pacientes críticos COVID. La ampliación de camas críticas se hace en el sexto piso.
- La Unidad COVID, se amplía con 15 camas más, para la atención de 71 pacientes COVID no complicados o no críticos. Esta extensión sería parte principalmente en el séptimo piso.

La intención es ir poniendo camas de críticos en el sexto piso, que van sustituyendo camas Covid no críticas, las cuales se van trasladando al 7mo piso.

La ventaja de esta propuesta es que los pacientes COVID, se concentran en los últimos dos pisos (6to y 7mo piso), dedicándole ascensores exclusivos, junto a personal, áreas de recambio de ropa, baño, y egresos.

El siguiente cuadro resume lo descrito:

Escenarios de desarrollo según necesidad de atención de pacientes COVID

ETAPAS	Camas COVID UCI	Camas COVID regulares	Totales
Etapa 1	12 camas COVID UCI 7 piso	22 camas COVID paciente no crítico 6to piso	12 camas COVID UCI + 22 camas COVID regulares Total camas COVID: 34 camas
Etapa 2	10 camas reconvertidas UCI COVID 6to piso	34 camas COVID paciente no crítico 6to piso	32 camas COVID UCI + 56 camas COVID regulares Total camas COVID: 88 camas
Etapa 3	10 camas UCI reconvertidas con 7 piso	15 camas COVID paciente no crítico del 7mo piso , ... pero se restan 10 camas regulares del 6to piso para hacerlas UCI críticas.	32 camas COVID UCI + 61 camas COVID regulares Total de camas COVID: 93 camas

1.3 Criterio Técnico emitido por el Dr. Taciano Lemos Pires, Director General, Hospital Rafael Ángel Calderón Guardia.

La Dirección General del hospital Rafael Ángel Calderón Guardia, mediante oficio DG-2158-07- 2020 de fecha 07 de julio del 2020 en respuesta a Solicitud Para La Implementación De 64 Camas En El 6to Piso De Torre Este Para La Atención De Paciente Covid + Con Enfermedad Severa indicó:

“En respuesta a lo instruido por sus estimadas personas, basados en el comportamiento de los casos positivos de las últimas semanas y el eventual colapso de las zonas asignadas inicialmente para pacientes COVID + y la limitante de reconversión de camas.

Acta de Junta Directiva – Sesión N° 9109

Aunado a la visita de la torre este realizada el día de hoy y lo conversado con ustedes, se procede a hacer envío de la propuesta solicitada para la expansión de la capacidad hospitalaria de este centro en 64 camas ubicadas en el edificio “Torre Este”, para el internamiento de pacientes COVID-19 positivos con enfermedad severa.

Dicha propuesta contiene las necesidades mínimas de recurso humano y activos requeridos para entrar en operación, determinada por el personal especializado del Equipo Táctico Covid HCG, pudiendo replicar este modelo en otros pisos del mismo edificio con el ajuste correspondiente de recursos según el número de camas a implementar para la atención de la pandemia.

Se debe reiterar que en cuanto al recurso humano que se necesitaría, este deberá ser adquirido por el modelo de duplicidad de plazas o por nuevas contrataciones, dado que actualmente el hospital no cuenta con recurso humano disponible para iniciar con la expansión. Dada la magnitud de la contratación y el poco tiempo de respuesta, solicitamos, como se nos ofreció durante la visita, el apoyo de las gerencias correspondientes para los trámites de contratación, otros administrativos que se deriven o cualquier otro detalle.

ACTIVOS REQUERIDOS:

- 192 bombas de infusión de 1 canal (contrato adjudicado a NUTRICARE, entrega prevista para mediados de julio, se puede ampliar la compra de 1 canal en 150 bombas disponibles por la empresa para los próximos 22 días).
- Flujómetros (se entrega con la torre) (compra adjudicada vigente a la unidad de terapia respiratoria, en caso de requerir aumentar la disponibilidad).
- Reguladores de vacío y frascos (se entrega con la torre).
- Cables de monitores (en este momento ningún monitor tiene cables para monitoreo de presión invasiva) se contemplan dos opciones para subsanar esta necesidad:
 - 1- recuperar la mayor cantidad posibles de cables P1 trasladados al CEACO opción más viable por el tiempo
 - 2- autorizar la compra de 64 cables P1 a la empresa adjudicataria de los monitores. En el caso de la autorización de la compra, la disponibilidad de entrega de la empresa es de 22 días y el costo estimado es de aproximadamente USD 20.000.00.
- Equipo de rayos X portátil (se entrega con la torre)

RECURSO HUMANO REQUERIDO:
CONSOLIDADO DE RECURSO REQUERIDO

		I Turno	II Turno	III Turno	TOTAL	
PERSONAL MEDICO	Medico Especialistas	3	TIEMPO EXTRAORDINARIO		3	
	Médicos Generales	9	9	9	27	
ENFERMERIA	Enfemera	16	16	16	48	
	Auxiliar de enfermería	16	16	16	48	
	Asistente de pacientes	16	16	16	48	
	Enfermera epidemiología	1	0	0	1	
	Supervisora de Enfermería	1	1	1	3	
	TERAPIA RESPIRATORIA	Terapia respiratoria	8	TIEMPO EXTRAORDINARIO		8
FARMACIA	Farmacéutico	1	1	1	3	
	Técnico farmacia	3	3	3	9	
RADIOLOGIA	Diplomado radiología	2	2	2	6	
LABORATORIO	Microbiólogo	1	1	1	3	
	Técnico microbiología	1	1	1	3	
TRABAJO SOCIAL	Trabajadora social	1	1	1	3	
NUTRICION	Auxiliar de nutrición	5	5	5	15	
	Limpieza	1	1	1	3	
	Asistente de nutrición	1	1	1	3	
	Bodeguero	1	0	0	1	
	Nutricionista	1	1	1	3	
ASEO	Trabajador de aseo	16	16	16	48	
VIGILANCIA	Oficial de vigilancia	7	7	7	21	
ROPERIA	Supervisor	1	1	1	3	
	Trabajadores de producción	2	2	2	6	
PROVEEDURIA	Bodeguero	2	0	0	2	
REDES	Secretaría	1	1	1	3	
SERVICIOS GENERALES	Trabajador de S.G.	2	2	2	6	
RECURSOS HUMANOS	Técnico RRHH	5	0	0	5	
TOTALES		124	104	104	332	
					TOTAL	332

Personal administrativo:

Recursos humanos:

5 técnicos en recursos humanos 1, en un primer turno para el trámite correspondiente a los funcionarios contratados para esta habilitación”.

1.4 Criterio Técnico emitido por el Dr. Taciano Lemos Pires, Director General, Hospital Rafael Ángel Calderón Guardia.

La Dirección General del hospital Rafael Ángel Calderón Guardia, mediante oficio DG-2152- 2020 de fecha 07 de julio del 2020 indica “en relación con la **reconversión** de 25 camas en el segundo piso de la Torre Sur para pacientes COVID positivos en condición moderada (...) Se procede a realizar la solicitud de aprobación Tiempo Extraordinario para la cobertura de atención de dichos pacientes. Durante la jornada diurna, la atención estará a cargo del Servicio de Emergencias en esta etapa de la pandemia en que nos encontramos, y en tiempo extraordinario se contará con el apoyo de la Sección de

Acta de Junta Directiva – Sesión N° 9109

Medicina para cubrir con guardias de residente y un especialista en medicina Interna o afín de dicha Sección. La propuesta es iniciar a partir de este jueves 09 de julio y continuar hasta el 30 de setiembre en una primera etapa y según la demanda producto de la pandemia.

En relación con lo antes descrito se detalla necesidades de Tiempo extraordinario para Reconversión de Camas COVID-19 en el Segundo Piso Torre Sur; para un Médico Asistente Especialista (Perfiles de Especialista en Medicina Interna) y Médico Residente Area Medica (Sección de Medicina).

Desde el 09 de julio y hasta el 30 de setiembre 2020.

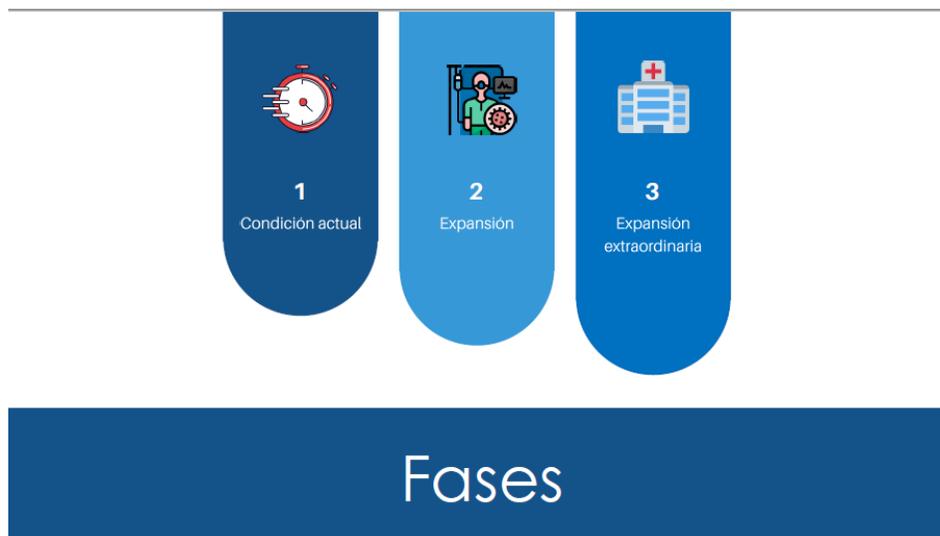
Perfil Ocupacional	Cantidad de RRHH requerido	Jornada en la que se laborará	Total de Horas Requeridas	Distribución de Horas Requeridas			Partidas Presupuestarias	
				Sencillos	Tiempo y medio	Dobles	Sueldos 2001	Guardias 2023
Medico Asistente Especialista	1	L a J de 04pm a 07am, V a 03pm a 07am, S, D, F 24 horas	1.497 horas		489	1008		X
Médico Residente de Medicina	1	L a V de 03pm a 07am, S de 11am a 07am, D, F 24 horas	1.504 horas		496	1008		X
Total Requerido	2		3.011 horas		1.497 horas	2.016 horas		

Acta de Junta Directiva – Sesión N° 9109

Perfil Ocupacional	Monto por partida presupuestaria				Total Requerido	Justificación por perfil
	2023	2027	2021	2001		
Medico Asistente Especialista, Médico Residente de Medicina	₡56.732.773,56 ₡48.781.189,98				₡105.513.963,54	-Apertura con carácter de Emergencia justificado por la pandemia nacional y las proyecciones estadísticas institucionales de un salón con 25 camas para reconversión, destinado a la atención de pacientes COVID positivo con enfermedad moderada.

1.5 Criterio Técnico emitido por la Dra. Ileana Balmaceda, Directora General, Hospital San Juan de Dios.

Según correo electrónico de las 08:33 horas del día 08-7-2020, remitido por la Dra. Ileana Balmaceda Arias se indica la capacidad de expansión para abordaje de pacientes de Cuidado Crítico y cuidado moderado.



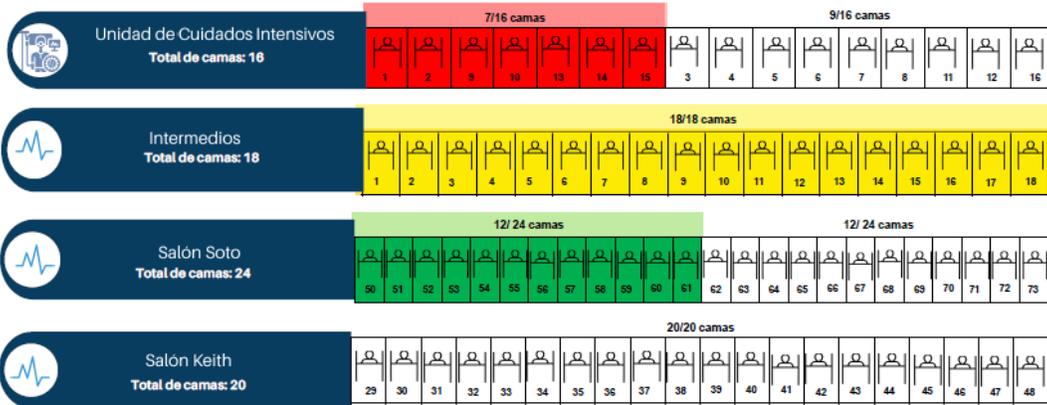
Fase 1

Condición actual

Simbología por colores



Unidades y salones de hospitalización



Fase 2

Expansión

Simbología por colores



Unidades y salones de hospitalización



Fase 3

Expansión extraordinaria

Simbología por colores



Critico



Intermedio



Moderado



No COVID 19



Pallativos COVID 19

Unidades y salones de hospitalización



1.6 Criterio Técnico emitido por el Dr. Eduardo Cambronero Hernández, Director, Dirección de Red de Servicios de Salud, Gerencia Médica.

Mediante oficio DRSS-GR-0385-2020 de fecha 08 de julio de 2020, se indica:

“De acuerdo con la presentación desarrollada por la Dra. Olga Arguedas, el pasado 02 de julio, en el contexto de la pandemia por coronavirus SARS-Cov-2, se establecen varias líneas estratégicas dirigidas a satisfacer la demanda de los servicios hospitalarios para pacientes COVID-19 en hospitalización y cuidado crítico, así como, para garantizar la continuidad de los servicios para las patologías “no COVID”, incluyendo hospitalización y cuidado crítico.

En atención a sus responsabilidades, esta Dirección de Red de Servicios de Salud desarrolló un ejercicio conjunto con las Direcciones de Redes Integradas de Prestación de Servicios de Salud, con el objetivo de determinar la oferta actual y ampliada de los Hospitales Periféricos y Regionales, en alineamiento con la estrategia institucional planteada.

Adjunto encontrará la información consolidada por región, en cuanto a oferta de camas para las diferentes fases definidas en cada una de las estrategias, así como, los requerimientos planteados en recurso humano y equipamiento. Se complementa la información con una representación gráfica de las principales variables involucradas.”

Acta de Junta Directiva – Sesión N° 9109

I. RECOMENDACIÓN:

La Gerencia Médica y el Centro de Atención de Emergencias y Desastres considerando los criterios técnicos suscritos por el Área de Estadísticas en Salud, la Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud, la Dirección de Red de Servicios de Salud y del equipo de Médicos Directores de Hospitales Nacionales, mediante el oficio DG-HNN-1234-20 / AES-2-634-2020/ ASC-SAVE-0528-2020 de fecha 08 de julio de 2020, oficio DRSS-GR-0385-2020 de fecha 08 de julio de 2020, DG-2152-07-2020 del 07 de julio de 2020, DG-2158-07-2020 del 07 de julio, DG-HM-2664-2020 del 26 de junio de 2020, correo electrónico suscrito por Dra. Ileana Balmaceda del 08 de julio de 2020 a las 8:33am, recomienda la aprobación de la “estrategia de ampliación de camas hospitalarias para la atención de pacientes con COVID-19, ante el aumento de casos positivos por SARS-CoV2”.

Finalmente, una vez realizada la presentación por parte de la Gerencia Médica y del Centro de Atención de Emergencias y Desastres, y considerando la estrategia aprobada por el Centro de Coordinación de Emergencias Institucional, realizado el viernes 03 de julio 2020, así como, los criterios técnicos emitidos mediante: A) el oficio DG-HNN-1234-20 / AES-2-634-2020/ ASC-SAVE-0528-2020 de fecha 08 de julio de 2020 suscrito por funcionarios de Área de Estadística en Salud, Subárea de Vigilancia Epidemiológica de la Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud, Dirección General del Hospital Nacional de Niños y del despacho de Gerencia Médica, B) oficio DRSS-GR-0385-2020 de fecha 08 de julio de 2020 suscrito por la Dirección de Red de Servicios de Salud, C) oficios DG-2152-07-2020 del 07 de julio de 2020 y DG-2158-07-2020 del 07 de julio del 2020 suscrito por la Dirección General del Hospital Dr. Rafael Calderón Guardia, D) oficio DG-HM-2664-2020 del 26 de junio de 2020 suscrito por la Dirección General del Hospital México y correo electrónico suscrito por Dra. Ileana Balmaceda Arias, Directora Hospital San Juan de Dios del 08 de julio de 2020 a las 8:33am, así como la recomendación de la Gerencia Médica mediante oficio número GM-8782-2020 del 08 de julio de 2020, la Junta Directiva -por unanimidad- **ACUERDA:**

ACUERDO PRIMERO: Aprobar la estrategia de ampliación de camas hospitalarias ante la pandemia de COVID-19.

ACUERDO SEGUNDO: Autorizar la utilización de la Torre Este del Hospital Rafael Angel Calderón Guardia como Unidad de Cuidado Crítico para Pacientes con Covid-19 a partir del 08 de julio 2020, que brindará servicio a la población de todo el territorio nacional independientemente del lugar de residencia del usuario.

ACUERDO TERCERO: Instruir a la Gerencia General para que coordine las acciones a nivel Intergerencial que garanticen la operatividad de la estrategia.



Acta de Junta Directiva – Sesión N° 9109

Sometida a votación la moción para que la resolución se adopte en firme es acogida unánimemente. Por tanto, el acuerdo se adopta en firme.

Los participantes del tema se retiran de la sesión virtual.

ARTICULO 2º

Moción Directora Marielos Alfaro.

Solicita Informe de las estrategias sobre el uso de tecnología para rastreo y seguimiento de casos:

- ❖ El tema EDUS como se está abordando.
- ❖ Avance en la estrategia de utilizar el aplicativo que nos permite hacer rastreos.