



INSTRUCTIVO
ESTANDARIZACIÓN EN LA ENUMERACIÓN
DE LAS CAMAS HOSPITALARIAS DE LA CCSS

Código: GM-AES-IT-002

Versión 02
Agosto 2026

1. Control de Elaboración, Revisión y Aprobación

Elaborado/Modificado	Unidad	Firma
Dra. Laura Arroyo Martínez	Despacho Gerencia Médica	
Dr. Juan Carlos Morera Guido	Dirección Compras Servicios De Salud (DCSS)	
Lic. Luis Andrey Murcia Quesada	Sub-Área de Aseguramiento de la Calidad y Control Estadístico (SACCE)	
Lic. Michael Rodríguez Cordero Jefatura	Sub-Área de Aseguramiento de la Calidad y Control Estadístico (SACCE)	
Ing. Raquel Sánchez Meneses	Dirección de Arquitectura e Ingeniería (DAI)	
Arq. Julio Hernández González	Dirección de Arquitectura e Ingeniería (DAI)	

Revisado	Unidad	Firma
Msc. Leslie Vargas Vásquez Jefatura	Área de Estadística en Salud	
MSc. Susana López Delgado Jefatura	Sub-Área de Análisis Estadístico (SAE)	
Licda. Floribeth Solano Vega Jefatura	Subárea de Normalización y Regulación Técnica (NORETEC)	
Ing. Ronald Guzmán Vásquez Coordinador	Equipo de Seguridad de la Información (ESI)	
Arq. William Rodríguez Juárez	Dirección de Arquitectura e Ingeniería (DAI)	

Aprobado	Unidad	Firma
Dr. Marvin Palma Lostalo Gerente Médico	Gerencia Médica	

Se deja constancia de la valiosa participación del Dr. David Martínez Jiménez en la elaboración de la Versión 02 del presente Instructivo, en representación del Equipo de Gestión Hospitalaria. Su aporte técnico contribuyó al desarrollo y fortalecimiento de este instrumento normativo. Actualmente se encuentra pensionado de la Institución.

Contenido

1.	Control de Elaboración, Revisión y Aprobación.....	2
1.	Introducción	5
2.	Objetivos.....	6
2.1.	Objetivo General:	6
2.2.	Objetivo Específico:	6
3.	Alcance.....	6
4.	Marco Normativo	6
5.	Definiciones o terminología.....	8
5.1.	Cama hospitalaria	8
5.2.	Cama de Dotación Normal.....	9
5.3.	Cama de Unidad Especial.....	9
5.4.	Camas de Tránsito.....	9
5.5.	Camas Ampliación de Servicio (CAS)	9
5.6.	Cama habilitada	9
5.7.	Cama bloqueada.....	10
5.8.	Cunero de alojamiento conjunto.....	10
5.9.	Cuna	10
5.10.	Gestión de camas	10
5.11.	Gestión Hospitalaria.....	10
5.12.	Gestor de camas.....	10
6.	Disposiciones Generales	11
7.	Clasificación de camas	12

7.1. Camas de Dotación Normal– camas tipo D.....	13
7.2. Camas de Dotación Normal - camas tipo C	13
7.3. Camas de Unidades Especiales – Camas tipo A y B	13
8. Enumeración estandarizada de las camas.....	14
8.1. Metodología	14
8.2. Reingeniería de Camas:	17
8.3. Rotulación Física de las Camas Hospitalarias	18
8.4. Estructura y referencia técnica del rótulo	18
8.5. Camas de Ampliación de Servicio.....	19
9. Responsabilidad del censo de pacientes e inventario de camas.....	21
10. Vigencia	23
11. Bibliografía	23
12. Anexos:	24
13. Contactos:.....	24

1. Introducción

La salud es un concepto amplio que abarca el bienestar físico, mental y social de una persona. La Organización Mundial de la Salud (OMS), la define como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedad o dolencia”.

La salud es un estado dinámico y multifacético que se ve influenciado de manera multifactorial, como el estilo de vida, el entorno social y físico, la genética, la atención médica recibida, entre otros, en resumen, es un estado de equilibrio y bienestar físico, mental y social que permite que las personas lleven una vida plena y satisfactoria. Por lo tanto, mantener y promover la salud implica adoptar hábitos saludables, prevenir enfermedades, acceder a servicios de salud de calidad y vivir en un entorno que favorezca el bienestar integral.

Siguiendo esta lógica, un centro hospitalario cumple una función social proporcionando atención médica y tratamiento especializado a personas enfermas o heridas, realizando cirugías, ofreciendo servicios de emergencia y siendo centros de formación para profesionales de la salud, contribuyendo así al bienestar y salud de la comunidad en general.

Se contemplan una serie de lecciones aprendidas para mejorar los establecimientos con camas hospitalarias a nivel internacional y nacional. Una de las principales es la necesidad de fortalecer la capacidad de respuesta y adaptabilidad de los sistemas de salud ante situaciones de emergencia global. Asimismo, se ha destacado la importancia de invertir en tecnología y recursos digitales para mejorar la atención médica y la gestión de datos de salud, todas ellas destinadas a fortalecer la resiliencia y eficacia de los centros médicos y hospitales en el futuro. (Oficina Panamericana de la Salud, 2020)

Nuestro objetivo, es diseñar y construir un sistema estandarizado de enumeración de las camas de la Caja Costarricense de Seguro Social, para que sea aplicado a nivel institucional. Es así, como nuestro rol para el *después* será tratar de que en el *ahora* se ejecuten los cambios que hemos meditado durante ya mucho tiempo y lograr así una mirada conjunta al unísono hacia uno de nuestros recursos más valiosos, la cama hospitalaria.

2. Objetivos

2.1. Objetivo General:

Establecer estrategias que optimicen el uso de las camas hospitalarias de la Caja Costarricense de Seguro Social, mediante la implementación de acciones que mejoren la eficiencia y la disponibilidad de recursos en corto y mediano plazo.

2.2. Objetivo Específico:

Establecer e implementar la nomenclatura estandarizada para la enumeración de las camas hospitalarias de dotación normal y unidades especiales de la CCSS, garantizando consistencia y precisión en el registro de los datos.

3. Alcance

Establecimientos de Salud con camas de hospitalización de dotación normal y Unidades Especiales en la CCSS

4. Marco Normativo

Número	Nombre de Normativas	Año
Normativa internacional		
NA	Declaración Universal de los Derechos Humanos	1948
NA	Convención Americana sobre Derechos Humanos	1969
Leyes, decretos y reglamentos nacionales		
17	Ley Constitutiva de la Caja Costarricense de Seguro Social	1943
NA	Constitución Política de Costa Rica	1949
5935	Ley General de Salud	1973
7600	Ley Igualdad de Oportunidades para las Personas con Discapacidad	1996
7735	Ley General de Protección a la Madre Adolescente	1997
7739	Código de la Niñez y de la Adolescencia	1997

7935	Ley Integral para la Persona Adulta Mayor	1999
8261	Ley General de la Persona Joven	2002
8292	Ley General de Control Interno	2002
8239	Ley Derechos y Deberes de las personas usuarias de los servicios de salud públicos y privados.	2002
Decreto Ejecutivo N°32612-S	Reglamento a la Ley Derechos y Deberes de las personas usuarias de los servicios de salud públicos y privados	2005
8968	Protección de la persona frente al tratamiento de sus datos personales y su reglamento	2011
Decreto 40556-S	Reglamento de Vigilancia de la Salud	2012
9162	Ley del Expediente Digital Único de Salud	2013
9222	Ley de Donación y Trasplante de Órganos y Tejidos Humanos	2014
Decreto Ejecutivo N°38508 – S	Manual de Normas para la Habilitación de Hospitales Generales y Servicios Especiales	2014
Decreto Ejecutivo N°41.182-S	Norma para la habilitación de servicios de hospitalización	2018
Lineamientos institucionales		
NA	Reglamento General de Hospitales Nacionales	1971
NA	Reglamento Interior de Trabajo y reformas	1986
7082	Reglamento del Seguro de Salud	1996
Sesión Junta Directiva 7308	Código de Ética del Servidor del Seguro Social	1999
NA	Normas regulan las relaciones laborales, científicas, académicas, profesionales y sindicales, entre la CCSS y profesionales en medicina, microbiología, farmacia, odontología, psicología y otros	2004
Sesión 8139	Política Institucional de Calidad y Seguridad de la persona usuaria	2007
Sesión Junta Directiva 7082	Reglamento del Seguro de Salud de Salud de la Caja Costarricense de Seguro Social y reformas	1996-1997; 2018
NA	Política Integral de Buen Trato	2013
NA	Normativa Relaciones Laborales CCSS	2017
Sesión Junta Directiva 8954	Reglamento del Expediente Digital Único en Salud	2018

CÓDIGO: MG.GM.211223	Manual de Gestión para el Equipo Gestor de Camas Hospitalarias en la CCSS.	2023
CÓDIGO: IT.GM.31072024	Instrucción de Trabajo para la Caracterización del Gestor de Camas y Métricas para la Evaluación Estandarizada en la Gestión de las Estancias Hospitalarias en la CCSS.	2024
Oficio GM-2595-2024	Atención a oficio SJD-0284-2024. Informe sobre la situación en los servicios de emergencia a nivel del país y una posible declaratoria de emergencia a nivel institucional	2024
Oficio GM-2968-2024	Atención oficio JD-0149-2024 sobre comunicación de lo acordado por la Junta Directiva de la Caja Costarricense de Seguro Social, en el artículo 2° de la sesión extraordinaria Bajo Figura de funcionario de Hecho N° 9412, celebrada el 27 de febrero del año 2024 y designación de equipo para atención y cumplimiento de plan propuesto ante la plétora de los servicios de emergencias para mejorar el flujo de los usuarios que requieren hospitalización.	2024
Oficio GA-CAED-0130-2024	Respuesta a oficio GM-2595-2024	2024
Oficio JD-0149-2024	Comunicación de lo acordado por la Junta Directiva de la Caja Costarricense de Seguro Social, en el artículo 2° de la sesión extraordinaria Bajo Figura de funcionario de Hecho N° 9412, celebrada el 27 de febrero del año 2024.	2024

5. Definiciones o terminología

5.1. Cama hospitalaria

Es aquella que se encuentra instalada y dispuesta las 24 horas del día para uso regular de personas usuarias hospitalizadas. Se cuentan como camas de hospital, las camas de adultos y niños (cunas e incubadoras usadas para el tratamiento de niños hospitalizados), camas críticas, etc. No son camas de hospital las que se usan sólo temporalmente con fines de diagnósticos o tratamiento (radiología, camas de parto y de trabajo de parto, camas de recuperación post operatoria), camillas ubicadas en salas de emergencia (donde la persona usuaria titular espera su atención definitiva), cunas de recién nacidos sanos que se encuentran instaladas en los servicios de obstetricia y que están destinadas al cuidado de los niños recién nacidos en el establecimiento que permanecen en él después del parto,

camas de acompañantes, camas para el personal, etc. (Caja Costarricense de Seguro Social, Octubre 2023)

5.2. Cama de Dotación Normal

Es el número de camas hospitalarias regularmente mantenido durante un período de operación normal en áreas destinadas para el cuidado de personas usuarias internadas. En el concepto moderno de hospital, su importancia no está dada por el número de camas de dotación normal, sino por la estructura interna de los casos que está en capacidad de resolver eficientemente. En esta definición se incluyen las camas de Aislamiento. (Caja Costarricense de Seguro Social, Octubre 2023)

5.3. Cama de Unidad Especial

Son aquellas camas que cuentan con el recurso humano especializado exclusivo, además de los insumos requeridos para la atención de personas usuarias en estados críticos con afectación de uno o más sistemas, que pone en serio riesgo actual o potencial la vida y que presenta condiciones de reversibilidad.

5.4. Camas de Tránsito

Son camas utilizadas transitoriamente para el cumplimiento específico de un objetivo relacionado con el manejo de la condición de salud de las personas usuarias. Estas camas no son censables como dotación normal (ibid.). En esta categoría tenemos:

- Camas de recuperación Ginecobstétricas (RGO)
- Camas de recuperación Quirúrgicas (RQX)
- Sala de partos (SAP)

5.5. Camas Ampliación de Servicio (CAS)

Cama de Ampliación de Servicio, son aquellas camas que se activarán a razón de ampliar de manera **temporal un número definido de camas** en aquellos servicios ante un evento imprevisible, único y excepcional. Estas camas estarán censadas y tipificadas como camas de dotación normal. Esto se da cuando ya se ha superado la capacidad instalada a nivel local y de la respectiva RED. Se han coordinado y gestionados traslados, dado altas hospitalarias y activado todas las demás modalidades no convencionales de atención para las personas usuarias.

5.6. Cama habilitada

Son todas aquellas camas que se encuentran activas dentro del sistema de información para la atención de las personas usuarias.

5.7. Cama bloqueada

Son todas aquellas camas que se encuentran inactivas dentro del sistema de información, las cuales no se pueden utilizar ni se reflejan en el sistema.

5.8. Cunero de alojamiento conjunto

Es el equipo instalado en el Servicio de Obstetricia para el alojamiento de los recién nacidos en el hospital; destinados al cuidado del recién nacido sano y que permanecen después del parto, durante el periodo de tratamiento de la madre. No son camas censables.

5.9. Cuna

Es el equipo instalado en el Servicio de Pediatría, ya sea en el salón de pediatría o neonatología, utilizada por un niño que requiera de atención médica, separada del binomio materno-infantil. En una cama censable.

5.10. Gestión de camas

Conjunto de prácticas y procesos destinados al correcto manejo de la ocupación de camas y otros espacios destinados a la atención de personas usuarias, ya sean electivos o de urgencias.

5.11. Gestión Hospitalaria

Consiste en un conjunto de acciones, estrategias y procesos destinados al análisis integral del funcionamiento hospitalario, que incluye el control de los indicadores claves hospitalarios. Su objetivo es garantizar la optimización en el uso de los recursos disponibles, para brindar prestación de servicios de calidad.

5.12. Gestor de camas

Designación del profesional en medicina quien, además, debe tener una mezcla de conocimiento, academia y habilidades blandas, las cuales, junto al grado de involucramiento brindará impulso para poder desarrollar las diferentes actividades o estrategias requeridas para una gestión hospitalaria más eficiente. El Gestor de Camas debe estar adscrito directamente a la Dirección General del Establecimiento de Salud, quien es el máximo jerarca del centro. Es el Coordinador del Equipo Gestor de Camas. deberá contar con las habilidades descritas en la “Instrucción de trabajo para la caracterización del gestor de camas y métricas para la evaluación estandarizada en la gestión de las estancias hospitalarias en la CCSS”, en la página 3. (Gerencia Médica, 2024)

En caso de ser necesario la conformación de un Equipo Gestor de Camas; el cual debe estar integrado por un equipo interdisciplinario según el análisis previo de las necesidades de los servicios de hospitalización, complejidad del hospital, costos, giro cama, tiempos de

espera y complejidad de los procedimientos, programación de altas y seguimientos post egreso hospitalario.

La propuesta de miembros para la integración multidisciplinaria del Equipo Gestor de Camas de cada hospital según complejidad contempla:

- Gestor de Camas (enlace directo con la Dirección General)
- Representante de Enfermería
- Representante de Admisión o Registros y Estadística en Salud
- Jefaturas de Servicios (Emergencias, Consulta Externa, Jefaturas de Sección) o sus representantes

A este equipo, se le puede agregar, de acuerdo con los recursos de cada hospital y su complejidad:

- Representante de Trabajo Social
- Representante de la Administración en caso necesario.
- Representante de Epidemiología en caso necesario.

6. Disposiciones Generales

A nivel mundial, el hospital fue durante siglos la tipología dominante, y prácticamente única, del edificio de atención de la salud. Sinónimo en el imaginario cultural y arquitectónico, por excelencia, del edificio sanitario. (Monza, 2023)

Es habitual decir que en salud la oferta genera demanda. Así como la demanda de servicios de salud, y con ellos de recursos, tiende a un aumento continuo e incesante.

Este aumento persistente de costos se debe al aumento de la oferta (a través de nuevos tratamientos y nuevas tecnologías), al aumento de las enfermedades crónicas (que está haciendo que más personas convivan con una enfermedad con evolución progresiva pero requiere atención permanente durante un largo tiempo), al aumento de la expectativa de vida (que aumenta también la incidencia de las enfermedades crónicas), al aumento de los hábitos de consumo en una sociedad donde el acceso a la salud también se entiende como un bien a consumir.

En función de ello, los tomadores de decisiones de los sistemas de salud comenzaron a evaluar como optimizar los recursos con los que se cuenta. El hospital general deja de ser el edificio en salud único, como lo ha sido históricamente hasta la segunda mitad o fines del siglo XX, pasando a ocupar un importante pero ya no exclusivo lugar como objeto de estudio.

La gestión de camas es una estrategia para administrar los espacios disponibles y asegurar la mejor atención a las personas usuarias en estados críticos y/o electivos, es un proceso importante en cualquier hospital. La capacidad de gestionar las camas disponibles mejora la atención a los usuarios y optimiza el triage de las demandas, parte fundamental del rol de Gestor de Camas de la Caja Costarricense de Seguro Social.

Una estructura organizativa no consolidada puede convertirse en un grave problema para la institución. Sin información concreta, no hay previsibilidad sobre las camas ni sobre cómo proceder con la atención a las personas usuarias.

El disponer de una buena estrategia para gestionar las camas es fundamental. Mas aun, en los tiempos en los cuales la Institución enfrenta.

La gestión de camas consiste en un conjunto de prácticas y procesos destinados al control de la ocupación de camas y otros espacios destinados a la atención de personas usuarias, ya sean electivos o de urgencias.

Además de la organización de las camas, la gestión comprende todos los servicios necesarios para la atención de las personas usuarias, como el tipo de recurso humano calificado.

Este proceso es de vital importancia, ya que implica la optimización del recurso cama y la consecuente mejora de los indicadores hospitalarios.

Es un sistema complejo, que de manera macro empieza con el triage de la persona usuaria, pasa por la hospitalización y con la liberación de la cama. Y vuelve a empezar.

7. Clasificación de camas

En la mayoría de los establecimientos hospitalarios, se atienden a personas usuarias con diversas complejidades que pueden ser categorizados según su riesgo (asociado al diagnóstico clínico) y dependencia (dependencia de los cuidados de enfermería). Estos criterios van variando durante la estancia de la persona usuaria en el hospital, tanto si se complica como si tiende a la recuperación. (Oficina Panamericana de la Salud, 2020)

Se recomienda flexibilizar y pasar de un modelo “rígido” en los que existen solo camas de dotación normal y camas de cuidados de intensivo, a un modelo dinámico adaptado a las diversas necesidades de cuidados que requieren las personas usuarias.

Dada la diversidad en la denominación de las camas en hospitalización, se utilizará la categorización internacional sugerida por la OPS, que segrega las camas en 4 niveles de complejidad, para entender las necesidades en recursos humanos, dotación y condición del de la persona usuaria. Las clasificaremos como **tipo A** siendo la más compleja hasta **tipo D** siendo la menos compleja. Es una clasificación orientadora en cuanto a las características descritas en un marco de complejidad progresiva como sigue:

7.1. Camas de Dotación Normal– camas tipo D

Están destinadas a personas usuarias, que, según la condición clínica, y por criterio médico no califica para Modalidades de Atención no Convencionales de CCSS. Se entiende por estas modalidades:

- Alta programada
- Atención diferenciada en el establecimiento de salud del primer nivel
- Atención especializada a distancia
- Hospital de Día
- Atención y hospitalización en el domicilio
- Visita domiciliar

Recordar que esta clasificación aplica cuando corresponda según la complejidad del establecimiento de salud y considerando el criterio médico, como se explica previamente.

7.2. Camas de Dotación Normal - camas tipo C

Están destinadas a la atención de personas usuarias de mediana complejidad, que se encuentran en fase aguda de enfermedad, que debieran compensarse en pocos días y que provienen de unidades de emergencia o han sido trasladados desde unidades de camas críticas por estar en recuperación. Su riesgo médico es mediano y tienen alta dependencia de enfermería. Cuentan con vigilancia estrecha y periódica de parámetros esenciales, atención integral y tienen alta demanda de cuidados de enfermería. Requiere de la dotación de recursos humanos de acuerdo con la normativa del país.

7.3. Camas de Unidades Especiales – Camas tipo A y B

Cuentan con camas para la atención de personas usuarias en estados críticos con afectación de uno o más sistemas, que pone en serio riesgo actual o potencial la vida y que presenta condiciones de reversibilidad.

Este nivel organiza las camas en:

- Unidades de Cuidado Intermedio – Camas tipo B

- Unidades de Cuidados Críticos – Camas tipo A

Tabla 1. Clasificación de camas por complejidad.

	Camas de Unidades Especiales		Dotación Normal	
	UCI	Unidad de Cuidados Intermedios		
	A	B	C	D
Persona Usaria	Condición crítica INESTABLE	Condición crítica	Condición NO crítica, que requiere monitorización	Condición clínica del usuario, que por criterio médico no califica para Modalidades de Atención no Convencionales de CCSS
Profesional de salud	Médico Asistente Especialista en Cuidado Crítico	Médico Asistente Especialista (Cuidado Crítico, Internista y subespecialidades, Geriátría, traumatología)	Médico Asistente Especialista y/o Médico General	Médico General
	Enfermera especializada en cuidado crítico	Enfermera especializada en cuidado crítico	Enfermera profesional	Enfermera profesional

Fuente: Adaptado de tabla "Tipos de camas por complejidad" (Oficina Panamericana de la Salud, 2020, págs. 13,14)

8. Enumeración estandarizada de las camas

8.1. Metodología

Para la enumeración de las camas de hospitalización, se deben contemplar todas las camas, tanto de **dotación normal** como las de **Unidades Especiales**, de manera continua y en carácter ascendente, única y de tal manera que no se repita ninguna cama.

La numeración estandarizada de las camas tiene como finalidad la geolocalización, la cuál busca propiciar una adecuada integración con los diferentes sistemas de información institucionales que consumen el recurso cama, entre ellos: farmacia, laboratorio, nutrición, interconsultas, entre otros. Por tal razón, la cama debe permanecer en lugar asignado según esa geolocalización.

Lo anterior optimizando la eficiencia y el control en la gestión de los insumos hospitalarios.

Se establecen los siguientes pasos para el orden de la enumeración:

1. En aquellos establecimientos de salud que cuenten con Torres de Hospitalización se deberá colocar la letra del abecedario, empezando por Torre A, Torre B y así sucesivamente, en caso de tener varias torres.
2. Iniciar con el número del **piso o nivel** de la Torre A, donde se encuentran las camas de hospitalización de forma ascendente.

Ejemplo:

- a. Si hospitalización empieza en el piso 1 en Torre A, la enumeración inicia con 1, si empieza en el piso 3 en Torre A, la enumeración inicia con 3 y así sucesivamente.
3. Continuar con el **número de la cama**, la cual es de manera ascendente.

Al llegar a la última cama del piso, se continua con el siguiente piso y la siguiente cama con respecto a la última cama numerada en el piso anterior.

Se construye de la siguiente manera:

- **Torre** ----- donde aplique. Debe ser en **LETRAS** iniciando en la A.
- **Primer dígito**---- designa el **piso**. Debe ser de un dígito.
- **Segundo dígito** ---- designa el **número de la cama**. Debe ser de tres dígitos.

Ejemplo:

A 1.001, se refiere a la Torre A piso 1, cama 001 del hospital.

Mantener la misma lógica de distribución como previamente explicado hasta enumerar la última cama del hospital.



Figura 1: Lógica de asignación de número de cama. CCSS

Con respecto a las **Camas de Tránsito**, la nomenclatura será la siguiente:

- Camas de recuperación Ginecobstétricas (RGO)
- Camas de recuperación Quirúrgicas (RQX)
- Sala de partos (SAP)

Estas camas se enumeran de manera ascendente a lo interno, ya que no son camas censables en dotación normal.

Ejemplos:

- RGO 1 a la RGO 10
- RQX 1 a la RQX 40
- SAP 1 a SAP 4

CRITERIOS PARA LA ROTULACION DE CAMAS

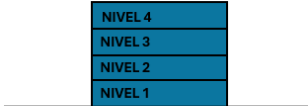
CASO	CRITERIO	EDIFICACION	ROTULO
Edificio único de Hospitalización de un solo piso (nivel).	Se indica el nivel (1), separación con punto y luego el consecutivo de cama (001, 002, 003...)		
Edificio único de Hospitalización de varios pisos (niveles).	Se indica el nivel (1, 2, 3...), separación con punto y luego el consecutivo de cama (001, 002, 003...)		
Varios edificios de Torres de Hospitalización con varios pisos (niveles).	Se indica con una letra (A, B, C...) el edificio, se deja un espacio, se indica el nivel, separación con punto y luego el consecutivo de cama (001, 002, 003...)		
En el caso de las camas de tránsito que pueden o no estar en el mismo edificio.	Se indica la abreviatura de la cama de tránsito en letras (SAP, RQX, RGO), se deja un espacio, se indica el consecutivo de cama (1, 2, 3...)		

Figura 2: Criterios para la rotulación de camas CCSS

Es requerido que, en el momento del ingreso de la persona usuaria a estas camas de tránsito, sea asignada a una de ellas por medio del proceso actual de asignación de cama por parte de enfermería.

El insumo para la rotulación de las camas deberá ser contemplado desde la gestión local.

8.2. Reingeniería de Camas:

Es responsabilidad del director médico en conjunto con el gestor de camas realizar la reingeniería de camas, la cual deberá acogerse al listado oficial de la CCSS que se registra en el “Modelo de Datos Institucional”; vigente.

Requisitos:

- 1) El Gestor de Camas se deberá reunir con Dirección Médica, Jefes de Sección, Dirección/Coordinador de Enfermería y Jefatura de REDES del hospital y realizar el planteamiento de la reingeniería de las camas del hospital.
- 2) Enviar un oficio al Área de Estadística en Salud (AES) con copia al Equipo de Gestión Hospitalaria, donde se detalle:
 - a. la reingeniería de camas aplicando la Lógica Hospitalaria CCSS (referirse a la Figura 1 de este instructivo)

- b. indicar a qué servicio y especialidad pertenecerá dicha cama.
- c. solicitar fecha para sesión de trabajo con el encargado del módulo en el AES, para la ejecución de los cambios requeridos en el sistema de información

Es importante recalcar, que dicho proceso debe realizarse a conciencia desde cada Hospital, y que, desde el Equipo de Gestión Hospitalaria, se dará el apoyo a lo largo de este proceso.

8.3. Rotulación Física de las Camas Hospitalarias

La rotulación física instalada en cada cama deberá corresponder exactamente con la nomenclatura oficial definida en el apartado 8 "Enumeración estandarizada de las camas" del presente instructivo.

Los rótulos de identificación de camas deberán instalarse en la parte superior de la cabecera de la cama de la persona usuaria, fijados directamente sobre la pared del recinto correspondiente, en una ubicación que garantice su adecuada visibilidad para el personal médico, asistencial, administrativo y de apoyo. Su ubicación deberá permitir la identificación inmediata e inequívoca de la cama asignada.

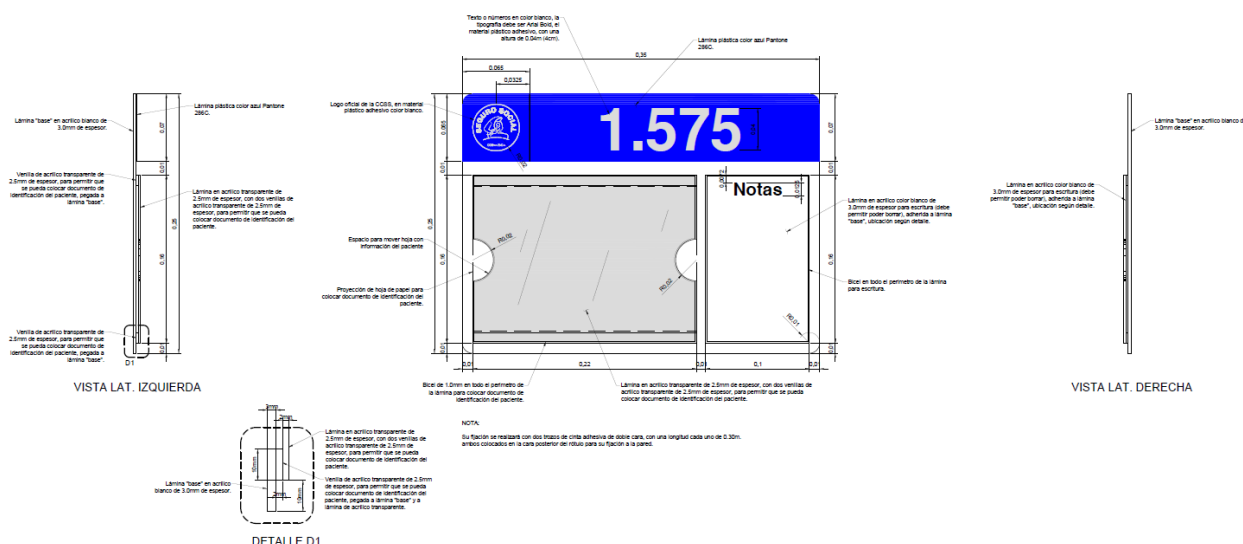
Toda modificación producto de procesos de reingeniería, reconversión o redistribución de camas se reflejará en los sistemas institucionales, así como en la rotulación física correspondiente.

Asimismo, el diseño, dimensiones, distribución de elementos y características constructivas del rótulo deberán ajustarse a la Estructura y Referencia Técnica del Rótulo de la CCSS, según lo especificado en el presente documento.

8.4. Estructura y referencia técnica del rótulo

El modelo oficial de rotulación contempla las siguientes especificaciones (características) como se muestra en la figura 3 Detalle Constructivo para rótulo de camas:

- Área superior destinada al número identificador de la cama.
- Identidad gráfica institucional de la CCSS (logo).
- Espacio para escritura de información complementaria o notas (pizarra acrílica).
- Porta documentos para la colocación de información asociada a la persona usuaria según la normativa institucional vigente.



DETALLE CONSTRUCTIVO PARA ROTULO DE CAMAS

Figura 3: Detalle constructivo para rótulo de camas CCSS

Los diseños constructivos, dimensiones, materiales, colores institucionales y especificaciones técnicas de fabricación de los rótulos están acorde con el libro de marca de la Caja Costarricense de Seguro Social

Es importante destacar que la definición y consolidación de este modelo contó con el acompañamiento técnico, la colaboración y el valioso aporte de la Dirección de Arquitectura e Ingeniería (DAI) de la CCSS, cuyo apoyo permitió fortalecer los aspectos funcionales, constructivos y de estandarización del diseño, asegurando su alineamiento con los lineamientos institucionales y las necesidades operativas de los establecimientos de salud.

8.5. Camas de Ampliación de Servicio

En este momento la Dirección de Proyección de Servicios de Salud (DPSS), se encuentra realizando un proceso de optimización de la prestación de los servicios de salud de la CCSS, en todos los niveles, lo que se espera, conlleve a una optimización y mejora del uso de las camas hospitalarias. Si bien es cierto, la estimación de camas hospitalarias se ha establecido con base en tamaño de población, epidemiología de país y otras variables de importancia, se considera oportuno finalizar este trabajo antes de realizar una asignación de recursos en camas hospitalarias a cada Establecimiento de Salud.

Por tanto, la creación e introducción de estas camas en el sistema de información, será determinada por parte de esta optimización.

Una vez alcanzada esta optimización, se espera que, el conjunto de acciones propuestas logre una mejora sustancial en el manejo de camas, lo que generará una necesidad mínima de camas de ampliación de servicio.

Estas camas, se activarán a razón de ampliar de manera **temporal** un **número definido de camas**, el cual será establecido de previo por la Dirección de Proyección de Servicios de Salud, según complejidad y capacidad instalada máxima de los hospitales, además de las demás consideraciones que la DPSS establezca para realizar las estimaciones que considere oportunas.

Estas camas deben estar censadas y clasificadas como camas de dotación normal.

Estos serán los requisitos necesarios para la activación de camas CAS:

1. Esta activación será ante un evento imprevisible, único y excepcional.
2. Cuando se ha superado la capacidad instalada a nivel local y de la respectiva RED.
3. Se han coordinado y gestionados traslados, dado altas hospitalarias y activado todas las demás modalidades no convencional de atención para las personas usuarias.
4. Realizar la solicitud al AES.

La solicitud de la activación de dichas camas debe ser avalada por el Director Médico del establecimiento a través del Gestor de Camas del hospital quien realiza la solicitud ante el Área de Estadística en Salud por los medios previamente definidos.

Cuando una cama de ampliación de servicio queda desocupada, esta no puede ser utilizada para ningún otro fin (ingresos electivos, reubicaciones, traslados, asignación de cama, utilización por el servicio de emergencias o servicio de recuperación), ya que será inactivada en el sistema a la brevedad posible.

Corresponderá desde el nivel local al Gestor de Camas, realizar como parte de sus actividades diarias la revisión en el sistema de la existencia de **camas CAS desocupadas** para solicitar al AES su inactivación, utilizando el censo físico realizado por REDES como insumo para la revisión.

Este proceso de revisión podrá realizarse mediante:

1. Sistema Integrado de Atenciones Hospitalarias (SIAH-ARCA):
 - Análisis estadísticos-Reporte dotación de camas
 - Información-Consultar estado usuario.

2. Sistema Integrado del Expediente de Salud (SIES):

- Administración de camas

La Gerencia Médica en coordinación con la Dirección de Red (DRSS) y sus respectivas Direcciones de Red Integradas de Prestación de Servicios de Salud (DRIPSS), realizará el monitoreo permanente y de manera periódica programada con el fin de verificar una adecuada gestión con respecto a la utilización de las camas CAS.

Estas camas se enumerarán de manera ascendente a lo interno, ejemplo:

- CAS 1
- CAS 2
- CAS 3

9. Responsabilidad del censo de pacientes e inventario de camas

Confidencialidad y acceso a los datos personales

Solo el personal autorizado debe acceder a los datos personales de la persona usuaria. Esto incluye perfiles claramente definidos en el sistema EDUS-ARCA.

El personal que realiza el tratamiento de los datos personales está obligado al secreto profesional o funcional, aun después de terminada la relación laboral. Esta obligación aplica a todo tipo de acceso, sea digital, soporte de papel, directa o indirecta, y abarca tanto datos administrativos como clínicos.

Todo el personal del centro de salud tiene la obligación legal de proteger la privacidad de las personas hospitalizadas, según lo establece la Ley N.º 8968.

9.1 Censo de pacientes

Es responsabilidad del Servicio de REDES, de la sección de Admisión realizar el censo físico diario, el cual consiste en verificar que la información de las personas hospitalizadas y su ubicación física es correcta.

Lo anterior para corroborar y garantizar la consistencia del dato de la ubicación de la persona usuaria en la cama respectiva.

Esta actividad se recomienda realizarla dos veces al día cuando se cuente con el recurso humano; considerando que el recorrido a la media noche es el más trascendental lo anterior

según capacidad instalada de cada establecimiento de salud, ya que permite una mejor coordinación con los diferentes servicios.

Para esto, el funcionario de REDES a cargo debe generar en el Sistema Integrado de Atenciones Hospitalarias (ARCA) el listado de las personas usuarias actualmente hospitalizadas y cotejar contra la ubicación física de estas en el salón.

En caso de encontrar una inconsistencia entre la ubicación física de la persona usuaria y la información consignada en el sistema, se debe coordinar con el servicio de enfermería la modificación correspondiente.

Además, en caso de identificar una cama CAS desocupada, se debe notificar al gestor de camas, para que se proceda a solicitar su inactivación.

Posteriormente, se debe realizar la revisión mediante la funcionalidad del censo diario, verificando los saldos en cada salón y hacer el cierre del día. La funcionalidad del censo diario se encuentra en el menú Censo de pacientes:

Es importante que el cierre del censo este al día para garantizar que los datos de los indicadores que se generen en los diferentes sistemas de información estén actualizados.

9.2 Inventario de camas

Corresponde al Gestor de Camas realizar la revisión del inventario de camas, en horas de la mañana en conjunto con el funcionario de REDES, donde se verifique la disponibilidad de camas, se levante el listado de camas aisladas, camas bloqueadas, y camas en reparación, para gestionar ante el AES los movimientos en el sistema de información, específicamente en el mantenimiento de camas.

Para conocer la cantidad de camas que tiene el establecimiento, la distribución y el estado de estas, se debe ingresar al sistema mediante:

1. Sistema Integrado de Atenciones Hospitalarias (SIAH-ARCA):

- Análisis estadísticos-Reporte dotación de camas
- Información-Consultar estado usuario.

2. Sistema Integrado del Expediente de Salud (SIES):

- Administración de camas

Es importante recalcar que para contar con la disponibilidad real de camas se debe haber realizado el proceso de egreso en el sistema de manera oportuna en tanto la persona usuaria finalizó su atención en el área de hospitalización.

Es responsabilidad del médico tratante realizar el proceso del alta en SIES, consignando la condición de salida y el diagnóstico de egreso principal, para que posteriormente enfermería complete el proceso de egreso de la persona usuaria, tanto en el sistema de información, así como la gestión con la Sección de Admisión, con la finalidad de dar por concluida la atención de la persona y que haya concordancia entre lo que físicamente ocurre en el establecimiento y lo que se consigne en el sistema de información.

La finalidad de dichas revisiones es garantizar la calidad de la información contenida en los sistemas de información, minimizar inconsistencias y correcciones de datos provenientes de un mal registro durante el proceso de atención a la persona usuaria.

10. Vigencia

Este Instructivo tendrá una vigencia de 2 años a partir de su socialización y reingeniería de las camas hospitalarias. (2026-2028) o cuando se requieran actualizaciones u modificaciones formales que así lo indiquen.

11. Bibliografía

Caja Costarricense de Seguro Social. (s.f.). *Manual Operativo del Reglamento Expediente Digital Único*. Área de Estadísticas en Salud.

Caja Costarricense de Seguro Social. (Octubre 2023). *Sistema Integrado de atenciones Hospitalarias ARCA. Según oficio GM-AES-MO-016*. San José: Área Estadísticas en Salud.

Carpman, J. R., & Grant, M. A. (2016). *Design That Cares: Planning Health Facilities for Patients and Visitors*. San Francisco, USA: Third Edition, Wiley. ISBN 9781118221631, 111822163X.

Gerencia Médica. (2024). *Instrucción de trabajo para la caracterización del gestor de camas y métricas para la evaluación estandarizada en la gestión de las estancias hospitalarias en la CCSS. IT.GM.31072024*. San José: Caja Costarricense de Seguro Social.

Monza, L. (22 de Agosto de 2023). *Transformaciones de la Arquitectura Hospitalaria a la Arquitectura para la Salud*. Obtenido de Anuario 2023. Asociación Argentina de Arquitectura e Ingeniería Hospitalaria:
<https://aadaih.org.ar/anuario2023/2023/08/22/de-la-arquitectura-hospitalaria-a-la-arquitectura-para-la-salud/>

Oficina Panamericana de la Salud. (2020). *Recomendaciones para la reorganización y ampliación progresiva de los servicios de salud para la respuesta a la pandemia de COVID-19. Documento Técnico de Trabajo, 27 de marzo del 2020*. Obtenido de Iris Panamerican Health Organization. OPS/HSS/HS/COVID-19/20-0018:
<https://iris.paho.org/handle/10665.2/52214>

12. Anexos:

Manual de Gestión para el Equipo Gestor de Camas Hospitalarias en la CCSS. 2023

Instrucción de Trabajo para la Caracterización del Gestor de Camas y Métricas para la Evaluación Estandarizada en la Gestión de las Estancias Hospitalarias en la CCSS. 2024

Detalle constructivo para rótulo de camas CCSS, 2026

13. Contactos:

- Dra. Laura Arroyo Martínez lparroyo@ccss.sa.cr
- Dr. Juan Carlos Morera Guido jmorerag@ccss.sa.cr
- Lic. Michael Rodríguez Cordero merodrico@ccss.sa.cr
- Lic. Luis Andrey Murcia Quesada amurciaq@ccss.sa.cr