

Plan para la Atención Oportuna de las Personas

Caja Costarricense de Seguro Social



Plan para la Atención Oportuna de las Personas

Contenido

1 Introducción	3
2 Descripción de la metodología utilizada	5
3 Antecedentes	8
4 Análisis de la situación	10
5 Objetivos del Plan.....	18
6 Cadenas de Resultado	19
6.1 Cadena de resultados Procedimientos Diagnósticos Ambulatorios	19
6.2 Cadenas de Resultado de Procedimientos Quirúrgicos Ambulatorios	22
6.3 Cadena de resultados Consulta Especializada	24
7. Gobernanza y organización para la ejecución del Plan para la Atención Oportuna	26
7.1 Gestión y ejecución del plan	26
7.2 Actores, roles y responsabilidades	28
Bibliografía	32
Anexo 1. Matriz de programación.....	33
Anexo 2. Esquema de seguimiento	39
Anexo 3. Matriz de responsabilidades	55
Anexo 4 Actividades del Proyecto para la mejora de la información en Consulta Especializada y Procedimientos Diagnósticos Ambulatorios	59
Anexo 5 Indicador Resumen del Proceso de Gestión de Quirófanos	63

1 Introducción

La atención oportuna de las personas es un reto para todos los sistemas de salud universales y privados alrededor del mundo, representan un desafío para estos sistemas de salud la atención de los pacientes en tiempos razonables, principalmente para el área de consulta especializada, cirugías electivas y procedimientos médicos, lo que se manifiesta por medio de lo que se denomina la gestión de la lista de espera de los pacientes.

Al respecto Rodríguez, Alvarez y Abad, indican que la “existencia de listas responde al hecho de que la recepción de un determinado servicio no lleva implícito el pago de ningún precio, lo que suele provocar una demanda de servicios superior a la oferta disponible.”

Esta definición concuerda con las definiciones internacionales utilizadas para referirse a este fenómeno, por ejemplo, el Ministerio de Salud en Chile (2008) la define como “el registro de todas las personas que han recibido la indicación de atención, de consulta ambulatoria de especialidad médica (...) procedimiento de atención especializada e intervención quirúrgica programada, por un profesional autorizado por la red, teniendo documentada tal solicitud en el formulario correspondiente.”

En otras palabras la lista de espera de pacientes se entiende para efecto de este plan, como el conjunto de personas que en un momento dado se encuentran a la espera de ser atendidas para una consulta médica especializada, un procedimiento o prueba diagnóstica o para una intervención quirúrgica que han sido denominadas como electivas, es decir cuya atención puede esperar un tiempo prudencial.

En ese sentido, hay tres variables fundamentales en torno a las listas de espera, en primer lugar, la cantidad de personas que están a la espera de atención; segundo, el tiempo que esperan hasta ser atendidos y tercero, la capacidad de los sistemas de salud para atender esa demanda.

El sistema de salud público costarricense a cargo de la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), al igual que otros sistemas públicos universales tiene como reto optimizar los tiempos de atención, razón por la cual, la institución ha venido impulsando un proceso de mejora continua para lograr brindar una atención oportuna a todos sus usuarios.

Prueba de estos esfuerzos es que desde el año 2014 la institución ha implementado el Proyecto Portafolio de Atención Oportuna a los pacientes en lista de espera, el cual contiene diversas estrategias para abordar el tema en los diferentes niveles de atención. Con el paso del tiempo y transcurrir de las experiencias implementadas, surgió la necesidad de revisar y ajustar este planteamiento de forma tal que permitiera continuar gestionando integralmente y con éxito los recursos que se invierten en este tema, es así como surge el presente Plan para la Atención Oportuna de las Personas.

Este plan da continuidad a las estrategias planteadas, pero con una visión estructural de tres grandes ejes:

- Procedimientos diagnósticos ambulatorios.
- Procedimientos quirúrgicos ambulatorios.
- Consulta Médica especializada.

Adicionalmente, en cumplimiento con lo dispuesto por la Junta Directiva en materia de planificación (sesiones 8730 y 8764), incorpora el enfoque de gestión para resultados, el cual queda manifiesto por medio del diseño de cadenas de resultado para cada uno de los ejes del plan.

La gestión de la espera de los pacientes se aborda por medio de una estrategia multifactorial, por tanto, los planteamientos están dirigidos a intervenir en factores tanto estructurales como coyunturales, de forma tal que se logre un resultado positivo en términos de lograr mejorar la oportunidad de la atención de las personas.

En ese sentido, la “Atención oportuna” debe ser entendida como el punto de equilibrio entre la oferta y la demanda, donde se dé prioridad a las emergencias calificadas y los casos oncológicos y se defina un tiempo prudencial y razonable que aseguren una gestión institucional apegada a las buenas prácticas y percibida de calidad por la población usuaria.

Dicho esto, lo que se pretende con la implementación de este plan renovado es lograr un manejo técnico de los tiempos de espera que respondan a una gestión adecuada y no ponga en riesgo la vida de los pacientes. El propósito último es alcanzar un equilibrio entre la planificación y racionalización de la demanda y la gestión eficaz, efectiva y eficiente de la oferta, teniendo como eje central de su intervención el bienestar de las personas.

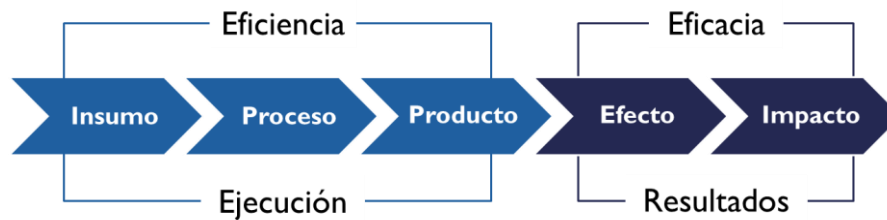
2 Descripción de la metodología utilizada

Como punto de partida, se realizó un análisis al Plan para la Atención Oportuna de las Personas considerando el principal requerimiento que fue la clara visualización de los productos concretos del plan y su evolución. Para tales efectos se valoró la utilización de un enfoque que facilitara la comprensión de los productos que se generarían con las intervenciones programadas, de tal forma que se pudiera establecer una trazabilidad y causalidad desde los diferentes recursos empleados y los procesos que se desarrollan hasta los productos y sus consecuentes resultados (efectos e impactos esperados). Fue así que se definió la metodología de gestión para resultados, el cual además está en línea con lo dispuesto por la Junta Directiva en las sesiones N° 8730, artículo 13 y sesión N° 8764, artículo 26, donde solicita la adopción del enfoque de gestión para resultados en la planificación institucional.

Desde este enfoque se parte de una necesidad-problema que es abordado por una institución pública, se destinan recursos que permiten adquirir todo tipo de insumos, los cuales se procesan o se ponen en operación para producir unos bienes y servicios que se denominan productos, los cuales se entregan a la población, posterior a la recepción de los bienes y servicios se espera que estos produzcan cambios en la sociedad a los que se denomina resultados, si estos resultados son sostenibles en el tiempo se logran impactos que deben ser susceptibles de medición, a estos resultados e impactos es lo que se conoce como generación de valor público (ver figura número 1).

Para realizar el análisis y ajuste se utilizó en primer lugar la Cadena de Resultados, también conocida como la Cadena de Valor Público, la cual según Sotelo Maciel (2013) *“...es un modelo descriptivo que, posibilita expresar las principales apuestas o estrategias de intervención, sistematizar las medidas de política y la prestación de bienes y servicios que éstas implican y tener una mirada sistémica del accionar gubernamental sobre los problemas públicos. El núcleo del modelo lo constituye la cadena de insumos, productos, resultados, impacto... Su potencial primordial radica en **posibilitar una expresión simple y rigurosa de lo que es**. En tal sentido ayuda más a entender y, en alguna medida, a “descubrir” las políticas y el accionar del sector público, que a determinar su deber ser”* el resultado no pertenece al original.

Figura 1: Cadena de resultados.

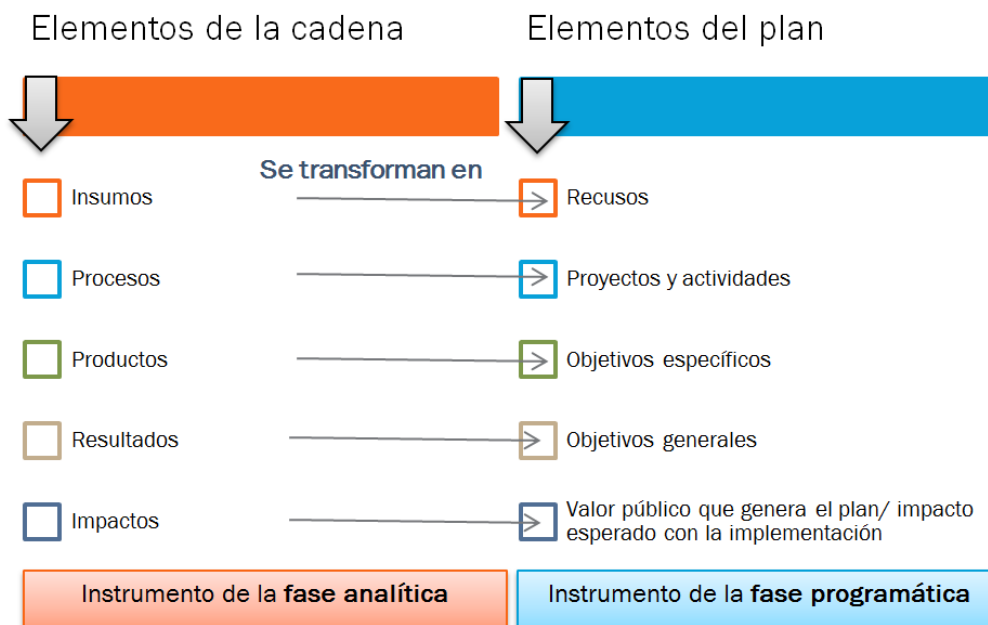


Fuente: Banco Mundial.

Como insumo principal para realizar el análisis y ajuste, se utilizó la información contenida en el plan vigente, adaptando los elementos contenidos en el plan a la cadena de resultados e identificando vacíos, los cuales fueron completados por el equipo de trabajo.

El análisis realizado definió la necesidad de abordar el tema de la atención oportuna por medio de tres componentes interrelacionados, consulta especializada, procedimientos diagnósticos e intervenciones quirúrgicas ambulatorias. Para cada uno de estos componentes se diseñó una cadena de resultados (ver figuras 4,5 y 6).

Figura N°2: Cómo se transforman los elementos de la cadena de resultados en elementos programáticos



Fuente: Dirección de Planificación Institucional, 2016

Con las cadenas trazadas se procedió a definir los elementos programáticos que dan contenido al Plan, esto se realizó conforme se muestra en la figura número 2; cada uno de los elementos de la cadena fue programado en la matriz de programación, seguimiento y evaluación.

Esta matriz, es el instrumento que complementa las cadenas donde se presenta el detalle de indicadores, metas, líneas base, responsables, así como otros aspectos de importancia. La estructura de esta matriz se presenta en la figura 3, está compuesta por tres partes, la primera corresponde a los objetivos generales los cuales identifican los resultados que se espera alcanzar con el Plan, estos resultados están definidos en función de los usuarios y básicamente contiene indicadores, líneas base y metas.

En la segunda parte de la matriz se programan los objetivos específicos los cuales tienen una correspondencia directa con los productos identificados en la cadena, estos productos son entendidos como las salidas de los procesos que se desarrollan en el tema de atención oportuna, e igualmente define los indicadores, líneas base y metas.

La tercera parte de la matriz, contiene el desglose de los proyectos y actividades que son necesarios realizar para lograr los productos establecidos, al igual que los otros componentes de la matriz, para cada una de estas actividades o proyectos se detallan los indicadores, líneas base, metas y responsables. La matriz completa está incluida en el anexo 1.

Figura 3: Matriz de programación

Objetivo general del Plan (efecto esperado)	Parte 1													
Indicadores														
Línea Base														
Meta														
Objetivos Específicos (productos)	Indicadores	Línea Base	Meta	Observaciones	Proyecto / Actividad	Descripción de la meta	Indicador	Línea base	Gerencias Involucradas	Metas (por semestre)	Responsables	Recursos requeridos	Observación/ Supuestos	
Parte 2					Parte 3									

3 Antecedentes

La Gerencia Médica en atención al mandato superior y al cumplimiento de sus responsabilidades sobre la prestación de servicios de salud a la población costarricense y específicamente en la atención oportuna de las personas en áreas sensibles como las intervenciones quirúrgicas, consulta especializada y pruebas de diagnóstico, presentó a la Junta Directiva en la sesión N°8773 del 23 de abril del 2015, el Proyecto Portafolio de Atención Oportuna a los pacientes en lista de espera.

En el marco de la aprobación del citado proyecto el máximo jerarca institucional consideró necesario buscar una solución integral y sostenible para atender la racionalización de los tiempos de espera en la red de servicios, dicha solución tendría el fin primordial de articular todos los esfuerzos que se venían realizando con aquellas intervenciones en el mediano y largo plazo, tendientes a lograr una atención oportuna considerando la proyección de la oferta y las posibilidades reales de atender la demanda.

De tal forma que en el punto número 7 del artículo 24 de la sesión 8773, la Junta Directiva instruyó a la Dirección de Planificación Institucional para que en coordinación con las Gerencias Médica, Administrativa y la Financiera presentaran una propuesta para el abordaje integral de listas de espera que apuntara a la mejora de la gestión y la reducción del tiempo de espera.

En consecuencia se conformó un equipo de tarea intergerencial para atender lo instruido y se realizaron una serie de sesiones de trabajo en el periodo comprendido entre junio y setiembre 2015, producto del análisis, el equipo de tarea concluyó que la solución técnicamente viable para atender lo solicitado, era formular un plan de carácter institucional que abordara integralmente las listas de espera, con la asesoría metodológica de la Dirección de Planificación institucional y la posterior validación de las gerencias involucradas.

A partir de octubre y hasta inicios de diciembre 2015 se trabajó en la formulación del “Plan de abordaje integral de Listas de espera” de la Unidad Técnica de Listas de Espera de la Gerencia Médica y con el apoyo metodológico de la Dirección de Planificación Institucional.

En el año 2016 se generó la necesidad de revisar y ajustar lo planteado hasta ese momento, de forma tal que se pudiera mostrar con claridad los resultados a los que se apunta por medio del plan. Por esta razón con instrucciones de la Presidencia Ejecutiva, se dirige al Doctor Róger Ballesterero Harley, Director de Planificación Institucional, la solicitud de coordinar la revisión y modificación del Plan de Listas de Espera de la Caja Costarricense de Seguro Social, con la participación de los siguientes funcionarios:

- Lic. Mónica Acosta Valverde, Jefa del Despacho de Presidencia Ejecutiva.
- Dr. Manuel Elías Navarro, Coordinador, Dirección Técnica de Listas de Espera.
- Dr. Rafael Cortés Ángel, Dirección Técnica de Listas de Espera.
- Lic. Rolbin Campos Guevara, Dirección de Planificación Institucional.
- Dr. Mario Felipe Ruíz Cubillo, Subdirector Hospital San Vicente de Paúl.



En cumplimiento de lo anterior se realizaron intensas sesiones de trabajo para el análisis, revisión y ajuste del citado plan, para tal fin la Dirección de Planificación Institucional facilitó a ese equipo de trabajo las herramientas e instrumentos necesarios para contar con un plan de atención para la atención oportuna de las personas ajustado a los requerimientos solicitados.

4 Análisis de la situación

Costa Rica presenta índices de salud comparables con países desarrollados tales como esperanza de vida al nacer de 78.8 años, en el que Costa Rica ocupa el primer lugar, la mortalidad infantil es del orden de 7,8 por cada mil nacidos vivos (Programa Estado de la Nación en Desarrollo Humano Sostenible (Costa Rica), 2016), asimismo es reconocido como el país más democrático de Latinoamérica y según la Organización de Naciones Unidas (ONU) lo identifica como un país de elevado desarrollo humano en el puesto 69 de 188 países (Organización de las Naciones Unidas, 2016).

El desarrollo alcanzado no es por casualidad, este responde al desarrollo continuo de una institucionalidad en la que la seguridad social es un pilar indiscutible, desde la prestación de servicios de salud y pensiones la Caja Costarricense de Seguro Social contribuye a sostener estos logros.

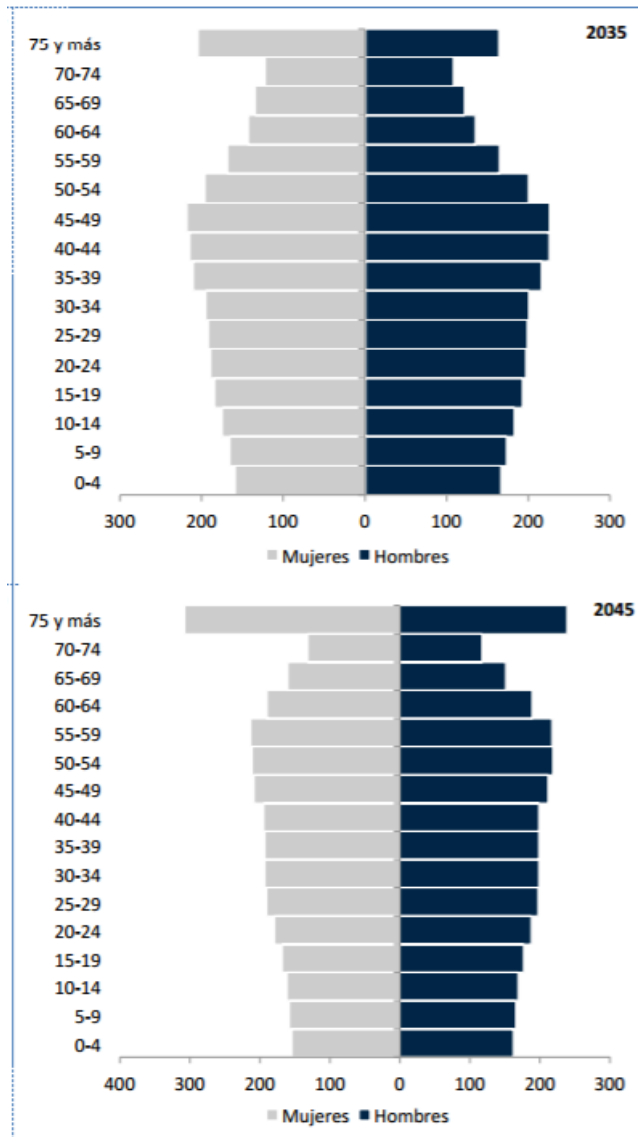
El artículo 73º de la Constitución Política de Costa Rica asigna la responsabilidad sobre la administración y gobierno de los seguros sociales a la Caja Costarricense de Seguro Social en beneficio de los trabajadores manuales e intelectuales con el fin protegerlos contra los riesgos de enfermedad, invalidez, maternidad, vejez, muerte y otras contingencias o riesgos que la ley determine.

A inicios de la década de los 60 se modificó la Carta Magna y se le impuso a la Caja Costarricense del Seguro Social, la obligación de extender el régimen de enfermedad y maternidad a toda la población y le fijó un plazo de diez años para hacer realidad el principio de la universalización del seguro social.

Como consecuencia de lo anterior se inició un proceso de incorporación de nuevos grupos de la población costarricense que no estaban cubiertos, entre ellos trabajadores independientes y aquellos con condiciones económicas deficitarias y así como otros considerados en riesgo social, en la actualidad la Institución tiene una cobertura de aseguramiento aproximada de 94.9% de la población (Caja Costarricense de Seguro Social, 2016).

No obstante los cambios en el perfil epidemiológico y demográfico de la población plantean grandes retos para el seguro social, nuestro país presenta una sociedad en desarrollo con estructura poblacional joven con una fuerte tendencia al envejecimiento de la población con una mayor esperanza de vida, las estimaciones indican que la población menor de 15 años represente un 23% en el año 2035, mientras que la población de 45 y más años constituirá el 47% del total de población, con un importante crecimiento de la población adulta mayor de 64 años (Caja Costarricense de Seguro Social, 2016), tal y como se aprecia en el gráfico N°1:

Gráfico N°1: Proyección de la población de Costa Rica años 2035 y 2045



Fuente: MIDEPLAN, Unidad de Análisis Prospectivo con datos de INEC

Esto conlleva a brindar atenciones de alta complejidad resultado del aumento en las enfermedades crónicas no transmisibles, presionan fuertemente al sistema tanto en salud como en pensiones, aunado a esto factores internos y externos ponen en riesgo la sostenibilidad financiera de los seguros que administra la Caja, lo que hace que se administre bajo un escenario de alto riesgo.

Al día de hoy se mantienen retos en la prestación de servicios de salud entre los que se pueden citar que aunque en los últimos tiempos se han hecho esfuerzos importantes en la Institución por volcar la prestación hacia la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, no se ha dejado por completo el sesgo hacia la prestación centrada en la enfermedad, en el cuidado agudo y manejo intrahospitalario (Caja Costarricense de Seguro Social, 2016), existen limitaciones en la cantidad y distribución de recursos, inopia en algunas especialidades médicas consideradas críticas como Ortopedia, Anestesiología y Recuperación, Radiología e Imágenes

Médicas, Cirugía Cardiovascular, entre otras.

Otros factores que influyen en la prestación de los servicios de salud son: un sistema actual fraccionado, duplicidad de funciones entre los diferentes niveles de atención, una débil comunicación entre ellos, el encarecimiento de recursos y un sistema que tiene que satisfacer una demanda ilimitada con recursos financieros materiales y humanos limitados (Altamirano, 2017).

En la Caja Costarricense de Seguro Social se cuenta con múltiples sistemas de información heterogéneos y desarticulados entre sí, existen considerables asimetrías de información, los pacientes ingresan a lista de espera referidos por criterio médico sin protocolos claros, los sistemas de referencia y contra referencia entre niveles no operan con eficiencia, la

trazabilidad de los pacientes en la red de servicios se dificulta, estos factores afectan directa o indirectamente la oportunidad de la atención de los pacientes y la gestión que realizan los centros de salud.

Para lograr una atención oportuna deben considerarse múltiples factores tanto internos, los cuales pueden ser intervenidos directamente por la Institución, así como externos que son aquellos que aunque pueden reconocerse y analizarse no son de control exclusivo de los gestores, pero se debe abrir espacio para el análisis por parte de los actores involucrados que permita encontrar soluciones consensuadas que faciliten la continuidad del sistema.

A continuación se enumeran los factores priorizados en el análisis de situación para la atención oportuna en la Caja Costarricense de Seguro Social, los cuales se dividieron en temas para su posterior abordaje en el planeamiento y el establecimiento de productos concretos y resultados:

Aspectos de los sistemas de información

Fortalezas

- La totalidad de los centros de salud registran información (manual o automatizada) en torno a la gestión de listas de espera.
- Se han habilitado sistemas a la medida de las necesidades de la unidad prestadora de servicios
- Se han realizado esfuerzos para normar y estandarizar la captura de los datos, el registro y gestión de la información.
- Expediente Digital único en Salud EDUS está implementado en todas las áreas de salud a partir del año 2017.
- Se encuentra en proceso la implementación del EDUS-ARCA en el segundo y tercer nivel (hospitales nacionales, regionales y periféricos).

Debilidades

- Parte importante del registro de la información se realiza en archivos no automatizados.
- Información no homogénea en todos los centros, lo que produce que los datos generados por estos sistemas no pueda estar disponible en tiempo real, presenten problemas de duplicidades y de registros defectuosos.
- Mala calidad de la información obtenida.
- El módulo de agendamiento SIAC no contempla procedimientos diagnósticos y terapéuticos, tampoco consulta externa de los hospitales.
- No se cuenta con un catálogo institucional de procedimientos diagnósticos y terapéuticos
- Registros no estandarizados y no interoperables.

Aspectos de la gestión y administración

Fortalezas

- Se han realizado esfuerzos por emitir normas o protocolos estandarizados para la gestión de las listas de espera.
- Actualmente existen un grupo de médicos residentes en formación que pueden reforzar la atención de la lista.
- Existe cierta capacidad física ociosa en infraestructura y equipamiento en horario vespertino.
- Se han autorizado e implementado formas de pago distintas a las convencionales para el recurso humano
- Recurso humano capacitado y concientizado en el tema de listas de espera.
- Existe priorización para urgencias calificadas y diagnósticos oncológicos.
- Existe la guía de gestión de listas de espera.
- Se han aprobado jornadas de producción con modalidad diferenciada de pago.

Debilidades

- Cada centro gestiona de forma diferente sus listas de espera con resultados también distintos entre sí, según sus capacidades y su experiencia acumulada.
- Uso no generalizado de normas y protocolos y existe resistencia de los gestores en su aplicación.
- Existe una excesiva especialización de la atención médica, por cuanto los procedimientos y la normativa interna concentran la demanda por los servicios, por ejemplo algunos medicamentos solo pueden ser prescritos por especialistas en el tercer nivel de atención.
- A falta de protocolos algunos procedimientos diagnósticos son ordenados sin que se documente una necesidad real.
- Existe carencia de especialistas en algunas especialidades y subespecialidades como anestesia, ortopedia, medicina interna y otros
- Existe el riesgo de fuga de recurso humano capacitado una vez que se forma el recurso.
- En promedio a nivel nacional únicamente el 60% de salas de operación habilitadas tienen tiempos de utilización mayores o iguales a cinco horas
- Existen centros en los que se carece de camas en recuperación para fortalecer la cirugía mayor ambulatoria.
- Agotamiento del recurso humano especializado.
- Ausencia de una metodología objetiva de medición de la calidad de la atención al usuario.

Aspectos de la demanda

Oportunidades

- Cada día hay más conciencia en las personas sobre el uso razonable de los servicios de salud.
- Involucramiento de más actores sociales en los temas de salud.

Amenazas

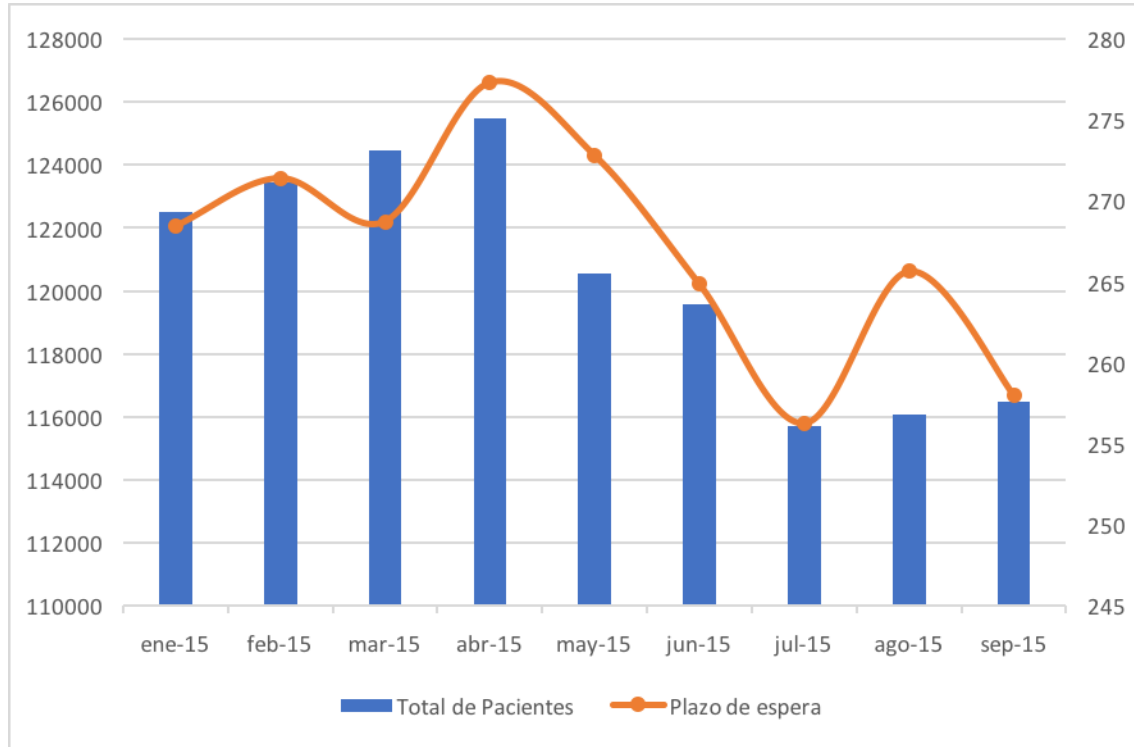
- Judicialización de la salud.
- Sobreutilización de los recursos por parte de los usuarios.
- El ausentismo de los pacientes a las citas de consulta especializada, el porcentaje fue un 11,8% en el 2014.

El comportamiento de las listas de espera a nivel institucional es diverso, por ejemplo en el caso de las intervenciones quirúrgicas se contaba con un plazo de espera promedio a diciembre 2014 de 269 días, y 121.081 registros de pacientes en espera de un procedimiento quirúrgico, de estos el número de registros de años anteriores al 2014, con periodo de ingreso entre los años 2007 - 2013 era de 55,481.

El dato actualizado de la lista de espera quirúrgica a septiembre 2015, señala que la cantidad de registros pendientes para un procedimiento quirúrgico fue de 116.465. Con plazos de espera promedio de 258 días en general para todas las cirugías, 224 días promedio de espera en cirugía mayor ambulatoria y 304 días para cirugía mayor electiva. El comportamiento

general del total de listas de espera quirúrgica y el plazo promedio de espera en este periodo de tiempo se puede observar en el siguiente gráfico 2.

Grafico 2. Total de citas pendientes de un procedimiento quirúrgico y plazo de espera promedio según datos de enero a Septiembre 2015.



Fuente: Elaboración propia a partir de datos otorgados por la UTLE

Con respecto a la distribución de registros y años de ingreso para el corte de septiembre 2015 se indica que el 51% de la cirugía mayor ambulatoria y el 58% de la cirugía mayor electiva se encuentra entre el año 2008 y 2014.

Algunos factores institucionales que afectan la atención con oportunidad en el área quirúrgica son la disponibilidad de camas para internamiento y el número constante de urgencias que abarrotan los centros de salud.

Estas situaciones provocan que muchos de estos pacientes terminen requiriendo de un procedimiento quirúrgico; razón por la cual se consideró en primera instancia para este plan, optimizar el tiempo de espera de los pacientes pendientes de un procedimiento quirúrgico ambulatorio.

El supuesto subyacente en este planteamiento, es que la mejora de los tiempos de espera de la patología ambulatoria, influya positivamente en los plazos de espera de la patología electiva que requiere de hospitalización.

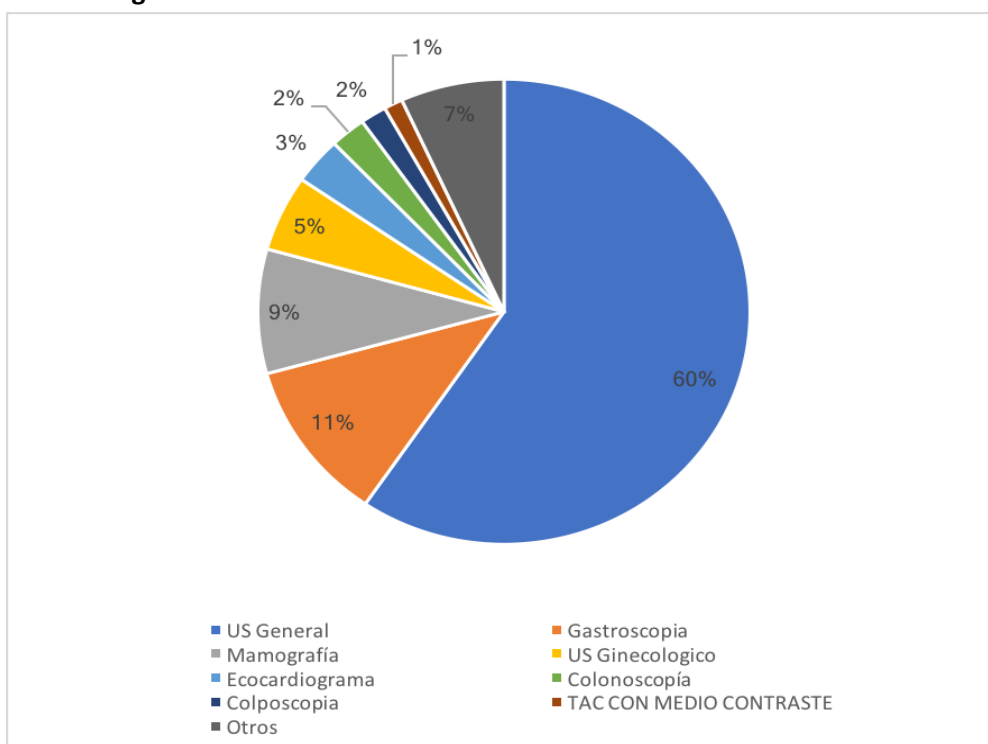
En cuanto al panorama de procedimientos y consulta externa, la limitante es la calidad de la información, debido en parte a la ausencia de un sistema de información institucional integrado, en donde se pueda llevar el control de agendas y por ende de la lista de espera,

situación que ha propiciado la creación de mecanismos alternos para su control y la heterogeneidad en los registros.

Ante esta situación, la Unidad Técnica de Listas de Espera había consignado un número de variables mínimas de registros con las que se pretendía contar con la mayor cantidad y calidad de información, no obstante no todos los centros médicos lograron cumplir con este requerimiento, ocasionando por ejemplo, que no se contará con la totalidad de información personalizada, tanto para el área de atención de consulta externa especializada, como para procedimientos diagnósticos ambulatorios; consecuentemente en estas áreas los datos de lista de espera no cuentan con la veracidad y confiabilidad suficiente para la toma de decisiones.

Con el atenuante de los problemas en la calidad de la información señalados, la Unidad Técnica de Listas de Espera considerando los reportes emitidos por cada uno de los centros médicos mediante el cuadro estadístico 21¹, consignó por parte de las Direcciones Médicas a diciembre del 2014, un total de 261.237 pacientes en espera de realizarse un procedimiento médico ambulatorio, de este total el 60% estaba relacionado a ultrasonidos en sus diferentes modalidades, 11% gastroscopias, 9% mamografías, siendo estas los 3 principales procedimientos en espera, los restantes procedimientos, ninguno representó más del 5% de la lista de espera para dicho corte, el detalle de lo anterior se observa en el gráfico 3.

Gráfico 3. Distribución Porcentual de la lista de espera de procedimientos médicos ambulatorios. Agosto 2016.



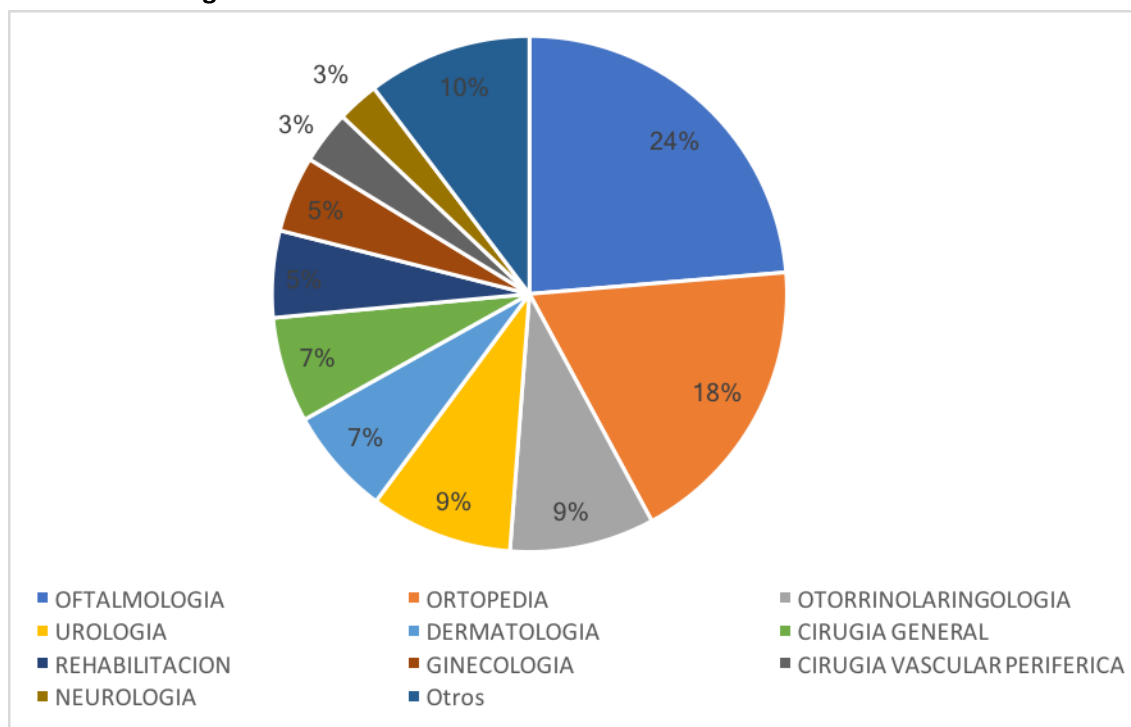
Fuente: Elaboración propia a partir de datos otorgados por la UTLE

¹ El Cuadro Estadístico 21, es un formulario de utilización avalado y autorizado por el Área de Estadística en salud, mediante estos cuadros los centros médicos reportan sus pacientes en lista de espera, el cuadro 21 corresponde a procedimientos médicos ambulatorios.

Sin embargo esta información no puede ser validada o confirmada por medio de los sistemas de información actuales, dado que únicamente algunos centros médicos presentaban la lista de espera personalizada², lo cual imposibilita confirmar el número de pacientes y su plazo de espera promedio.

En cuanto a la consulta externa especializada, los diferentes centros médicos, tanto hospitales como clínicas periféricas, reportaron un total de 168.931 pacientes en espera de una cita por primera vez para consulta especializada, siendo las especialidades quirúrgicas las que predominaban dentro de esta lista, en donde la especialidad de oftalmología alcanzaba un 24% del total de la lista de espera, seguida por ortopedia con un 18% del total de pacientes en espera, otorrinolaringología y urología un 9% cada una y finalmente dermatología y cirugía general abarcan un 7% del total de pacientes, siendo que estas 6 especialidades representan a nivel nacional el 74% de la lista de espera de consulta externa (ver gráfico 4).

Gráfico 4. Distribución porcentual de la lista de espera de consulta especializada ambulatorios. Agosto 2016.



Fuente: Elaboración propia a partir de datos otorgados por la UTLE

Sin embargo, al igual que ocurre con la información de procedimientos diagnósticos ambulatorios, estos registros no cuentan con las variables adecuadas ni los filtros necesarios para poder brindar una información confiable que ayude a la toma de decisiones.

² La lista de espera personalizada corresponde al listado de pacientes con un número de variables propios del pacientes y del procedimiento a realizar que se inició a solicitar desde el año 2009, en estos listados se documenta los datos personales del pacientes, la fecha en que se solicitó el estudio (fecha de registro), y lo referente a la cita, es decir la especialidad, el cirujano o profesional que lo realiza cuando así amerita, fechas probables de realización y diagnóstico entre otras variables. Esto con la finalidad de evitar duplicaciones y llevar un mejor control de la lista de espera.

En el caso específico del tema de consulta especializada, además de los problemas de información antes señalados, se detectó la existencia de sistemas antiguos, donde difícilmente se puede extraer la información y centros médicos donde ni siquiera existen sistemas de información para la gestión de la consulta externa.

Es por esto que la institución por acuerdo de Junta Directiva y siguiendo el mandato expresado en la ley se ha abocado a la implementación prioritaria de un sistema de información estandarizado e interoperable, por medio del cual sea posible obtener información confiable y oportuna. Esto es realizado por medio del proyecto EDUS-ARCA.

5 Objetivos del Plan

Las tres áreas de atención definidas para este plan son

1. Procedimientos diagnósticos ambulatorios.
2. Procedimientos quirúrgicos.
3. Consulta especializada.

Las tres son abordadas en forma integral, sin embargo a efectos mostrar un planteamiento ordenado e inteligible, se presentan tres objetivos generales, uno para cada área de atención, así como sus respectivos objetivos específicos.

Cada área de atención del plan contiene características compartidas, como por ejemplo la necesidad de mejorar los sistemas de información y de priorizar la atención de pacientes, pero también en cada área se encuentran elementos particulares; el conjunto de estos elementos son considerados para cada una de las áreas en sus respectivos planes de acción, los cuales cuentan con sus metas e indicadores.

A continuación se describen los objetivos generales y específicos que son la base de este plan:

Objetivos Generales	Objetivos Específicos
Reducir los plazos de espera de los pacientes para realización y lectura de procedimientos diagnósticos ambulatorios.	• Optimizar la cantidad de solicitudes de procedimientos diagnósticos ambulatorios. • Aumentar la atención de pacientes más antiguos de la lista de procedimientos ambulatorios. • Aumentar y maximizar la oferta de procedimientos diagnósticos ambulatorios.
Reducir los plazos de espera de pacientes para la realización de procedimientos quirúrgicos.	• Aumentar la atención de pacientes antiguos de la listas de espera en cirugías. • Optimizar la lista de espera quirúrgica. • Incrementar la productividad de la gestión de cirugía mayor ambulatoria y otros procedimientos quirúrgicos.
Reducir los plazos promedio de espera de los pacientes para recibir atención especializada.	• Mejorar la calidad de las solicitudes de consultas especializadas que provienen del primer nivel. • Aumentar la atención de pacientes más antiguos de la lista de consulta especializada. • Optimizar la oferta institucional de consulta especializada.

6 Cadenas de Resultado

De acuerdo con el Programa de las Naciones Unidas Para el Desarrollo en su Manual de Planificación Seguimiento y Evaluación de los Resultados del Desarrollo (2009), bajo el enfoque de gestión para resultados, los resultados son aquellos cambios capaces de ser descritos y cuantificables, que resultan de la relación entre una causa y un efecto, fruto de una intervención.

Precisamente bajo este enfoque los resultados son el foco de los procesos de planificación y gestión, estos resultados están vinculados entre sí en lo que comúnmente se llama una cadena de resultados. La cadena de resultados muestra esencialmente lo que las partes interesadas quieren lograr, por qué quieren lograrlo y cómo lo harán (Programa de las Naciones Unidas Para el Desarrollo, 2009).

Para el Plan de Atención Oportuna se utilizó la cadena de resultados además, como un instrumento de análisis y validación de la estrategia utilizada. Consecuencia de este trabajo de revisión se establecieron tres cadenas de resultados, para procedimientos diagnósticos ambulatorios, para procedimientos quirúrgicos y para consulta especializada (ver figuras 4, 5 y 6). Para todos los tres casos el resultado fue un elemento común, la reducción de los tiempos de espera de los pacientes.

6.1 Cadena de resultados Procedimientos Diagnósticos Ambulatorios

Al igual que ocurre con la cadena de resultados expuesta en el punto anterior, el resultado que se define en el tema de procedimientos diagnósticos ambulatorios es la reducción del tiempo promedio que los pacientes deben esperar para recibir este tipo de servicio.

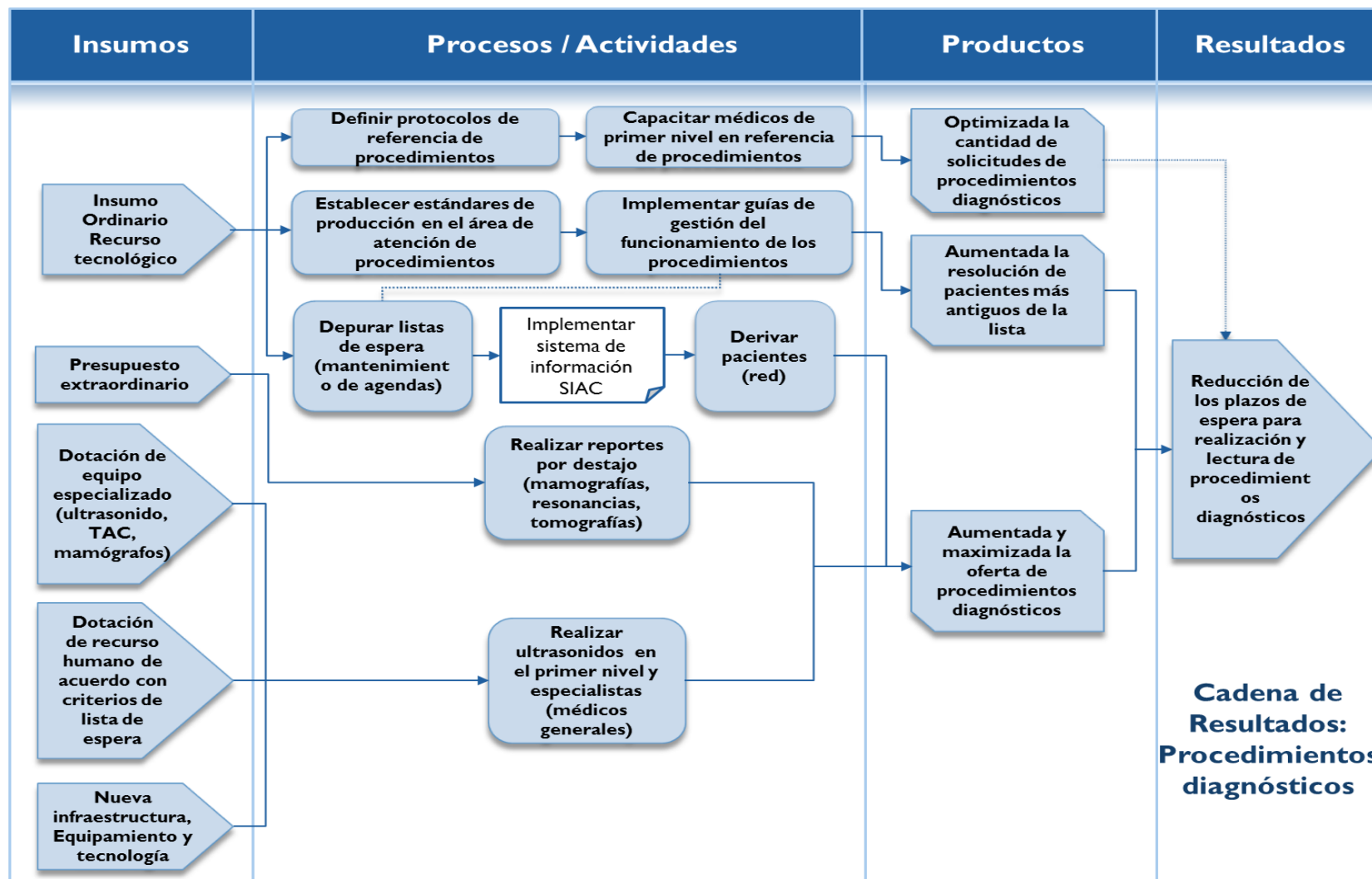
Los productos planteados para alcanzar este resultado son también comunes a los planteados en las otras cadenas. En primer lugar se debe optimizar la cantidad de solicitudes de procedimientos que se originan en el primer nivel, por medio de la creación de protocolos institucionales que faciliten el envío de solicitudes bajo ciertos criterios médicos, disminuyendo innecesarias y desmedida cantidad de solicitudes de procedimientos diagnósticos ambulatorios. Para materializar este producto es preciso capacitar al personal médico, principalmente del primer nivel de atención en la referencia de pacientes hacia los niveles superiores.

El segundo producto planteado es el aumento de la resolución de los pacientes más antiguos que están esperando por la realización de un procedimiento diagnóstico, para lo cual es necesario establecer estándares de producción en el área de atención de procedimientos e implementar guías de gestión del funcionamiento de los servicios. De igual forma, con el objeto de contar con información confiable y oportuna en este tema y en de consulta especializada se realizó la propuesta de un proyecto dirigido a mejorar el registro y gestión de la información en estas áreas (el detalle de las actividades de este proyecto se presentan en el anexo 4)

Por su parte, el tercer producto planteado es el aumento y maximización de la oferta de procedimientos diagnósticos, para lograrlo, debe darse una combinación de actividades entre las que destacan, la depuración de las listas de espera, la implementación del SIAC, la derivación de pacientes a otros centros con mayor capacidad, la realización de reportes de diagnóstico en la modalidad de destajo (que inclusive puede realizarse mediante modalidades especiales de trabajo como el teletrabajo) y la apertura de la posibilidad de realización de ultrasonidos en el primer nivel.

Vale la pena anotar que la materialización de los diferentes objetivos conlleva el compromiso adquirido por las diferentes dependencias, no solo de la Gerencia Médica, sino también de las gerencias de Tecnologías de información, Logística y Abastecimiento, Financiera y Administrativa, que permita contar con las herramientas necesarias que permitan lograr los objetivos trazados.

Figura 4: Cadenas de Resultado para Procedimientos Diagnósticos Ambulatorios



6.2 Cadenas de Resultado de Procedimientos Quirúrgicos Ambulatorios

El punto de partida para explicar la estrategia mostrada en la cadena es el resultado, en este caso, al igual que en la anterior, es la reducción de los tiempos de espera promedio de los pacientes por un procedimiento quirúrgico ambulatorio. El tiempo de espera se refiere al promedio de días que esperan los pacientes entre el momento que se le asigna o define la necesidad de una cirugía y una fecha de corte específica.

La reducción de los tiempos de espera de los pacientes se da como resultado de alcanzar tres productos principales, primero el aumento en la atención de los pacientes más antiguos, pues existen algunos casos que se van rezagando.

Para el logro de este producto es necesario ejecutar un conjunto de actividades entre las que destacan la depuración de las listas de pacientes en espera, la priorización de pacientes según diagnóstico y la derivación de pacientes entre centros de salud de acuerdo con su capacidad.

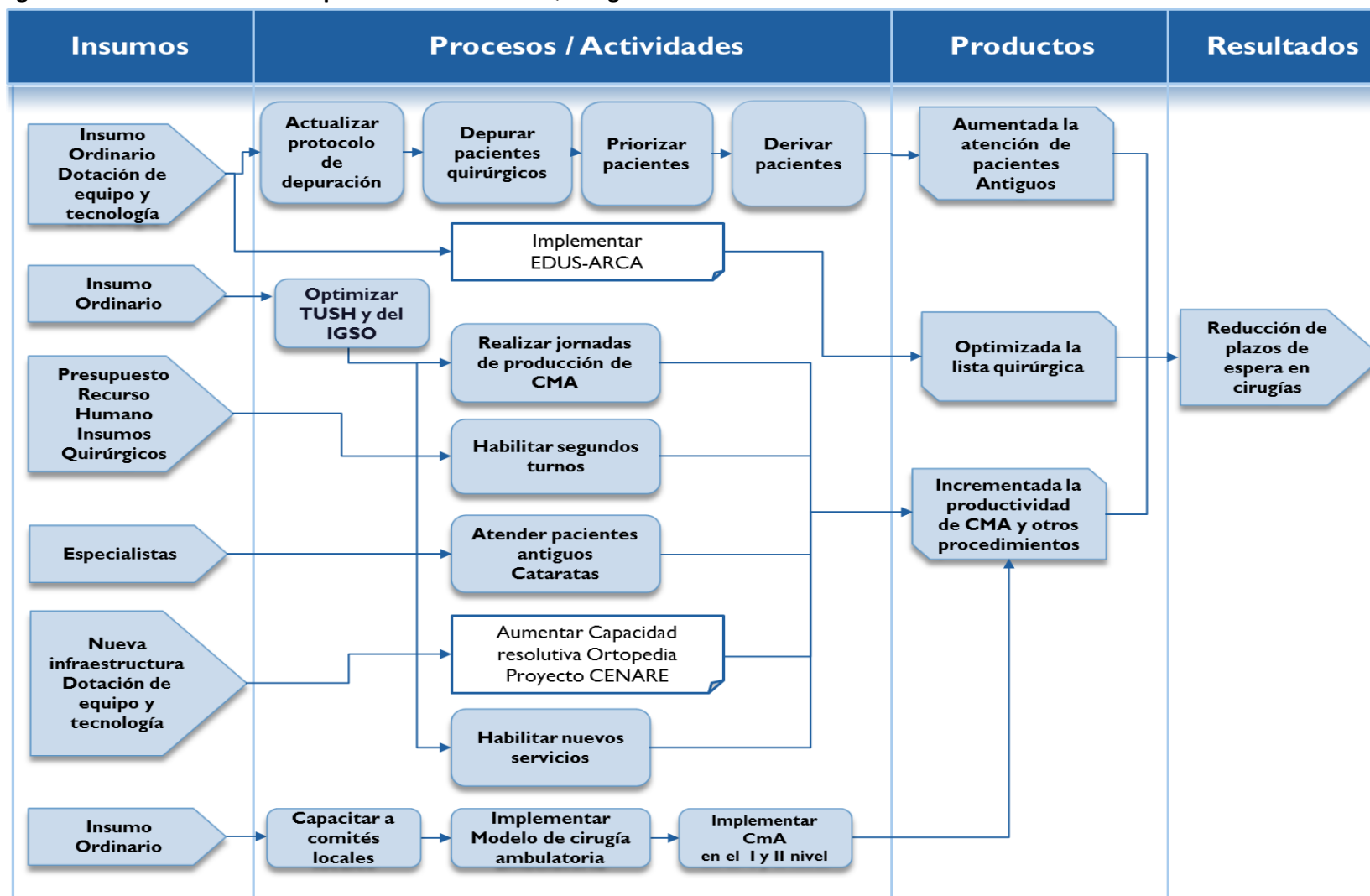
Como segundo producto se tiene la optimización de la lista de espera quirúrgica, la cual está también ligada a la depuración de los listados en que se registran a los pacientes, pues se ha detectado casos de pacientes registrados en varias listas diferentes para un mismo procedimiento quirúrgico, o pacientes que ya han sido dados de alta. Este producto es resultado directo de la implementación del sistema de información automatizado reconocido como el proyecto EDUS-ARCA.

El tercer producto, que en combinación con los anteriores, lograría la reducción de los plazos es el incremento en la productividad de las salas de cirugía, especialmente las cirugías mayores ambulatorias. Para lograr este producto deben ejecutarse un conjunto amplio de actividades, entre las que destacan la optimización de los tiempos de utilización de salas y el *“índice de gestión de salas de operación”*, el cual resume en un dato único, un conjunto de variables que intervienen en la gestión de las salas de operación (ver anexo 5).

De igual forma, se plantea continuar con las jornadas de producción quirúrgica, la habilitación de nuevos servicios y segundos turnos, así como la implementación de nuevas acciones como la realización de cirugía menor ambulatoria en el primer y segundo nivel.

Para el desarrollo de todas estas acciones es necesaria la definición de los insumos requeridos, los cuales van desde especialistas y otros recursos humanos, hasta la dotación de nuevo equipamiento e infraestructura.

Figura 5: Cadenas de Resultado para Procedimientos Quirúrgicos



6.3 Cadena de resultados Consulta Especializada

En materia de consulta especializada el resultado al que se apunta es similar al que se plantea en las cadenas anteriores, se trata de la reducción en los tiempos de espera de los pacientes para recibir una consulta especializada. Para lograr este resultado se plantean tres productos, la mejora en las solicitudes de consulta especializada que llegan desde el primer nivel de atención, la atención de los pacientes más antiguos de la lista de espera y el aumento y maximización de la oferta de consulta especializada.

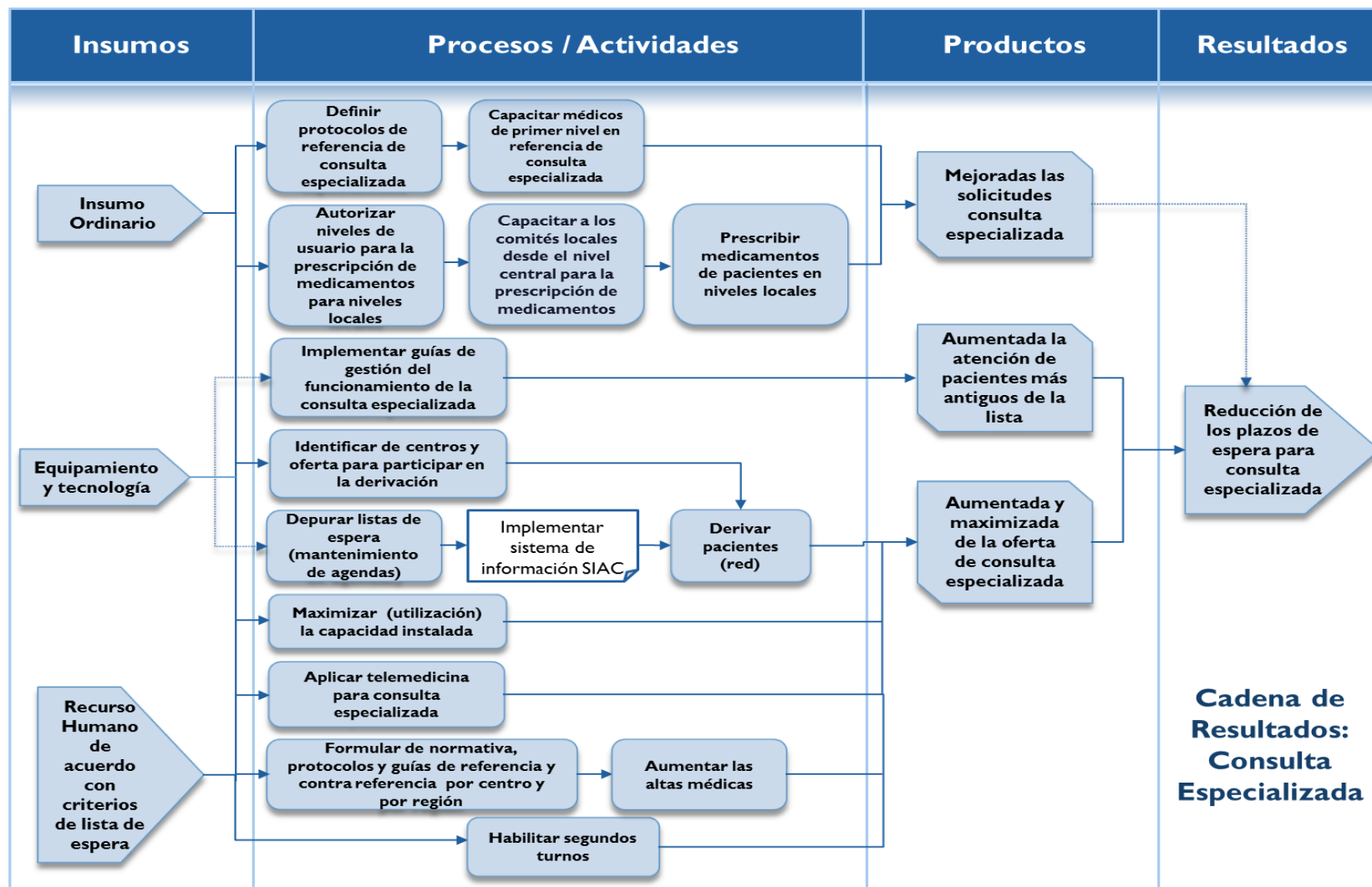
Para mejorar las solicitudes de consulta especializada que provienen de los niveles inferiores, especialmente el primer nivel de atención, es necesario revisar y ajustar los protocolos de referencia que son utilizados actualmente y capacitar a los médicos generales en la mejor forma de hacer referencia a los niveles superiores. Además, es necesario autorizar la prescripción de ciertos medicamentos a los médicos del primer nivel, pues su prescripción genera consultas recurrentes; esto conlleva la necesidad de realizar capacitaciones en el primer nivel de atención.

Por su parte el aumento en la atención de pacientes “antiguos”, es una estrategia común para las tres cadenas, como se dijo anteriormente se trata en términos simples de dar prioridad a los pacientes que tienen mayor tiempo de espera, lo que tiene una repercusión directa en la medición de los tiempos promedio, para lograrlo, es necesario implementar guías de gestión del funcionamiento de la consulta especializada.

En cuanto al aumento y maximización de la oferta, depende de múltiples actividades, entre las que destacan la derivación de pacientes, la mejora en la utilización de la capacidad instalada, la habilitación de segundos turnos y el aumento de las altas médicas.

De igual forma, con el objeto de contar con información confiable y oportuna en este tema, se realizó la propuesta de un proyecto dirigido a mejorar el registro y gestión de la información (ver anexo 4).

Figura 6: Cadenas de Resultado para Consulta Especializada



7. Gobernanza y organización para la ejecución del Plan para la Atención Oportuna

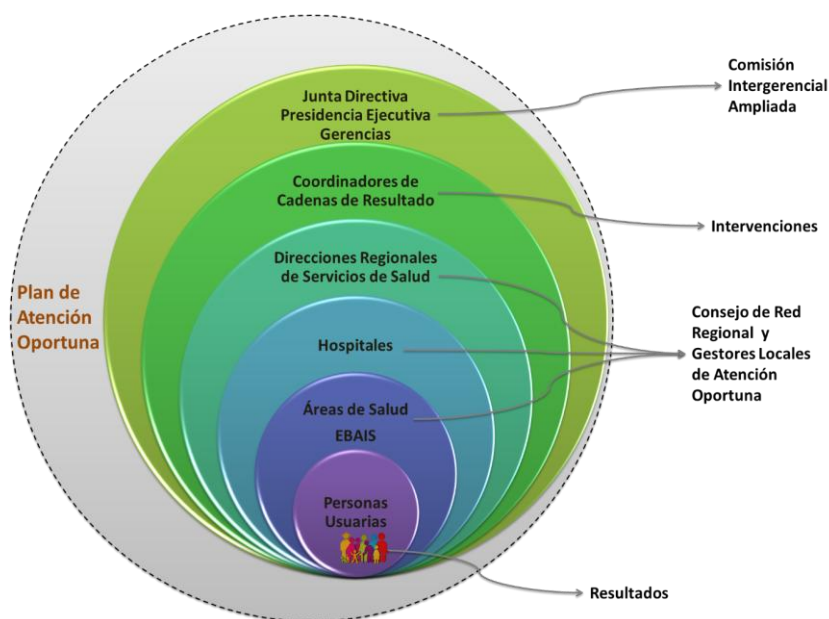
7.1 Gestión y ejecución del plan

El abordaje integrado para la atención oportuna de las personas requiere de la intervención de múltiples actores en los diferentes niveles (Gerencias, Direcciones de Sede, Direcciones Regionales, Unidades de Proyectos y otras), por lo que la implementación de acciones necesita del aporte de diversas unidades ejecutoras, a las cuales se les asigna la responsabilidad de actividades e insumos específicos que son de importancia para la ejecución del plan y el cumplimiento de los objetivos.

Al ser las unidades de atención de la salud las principales responsables de la atención oportuna en el proceso de atención en salud, se requiere que los directores de hospitales y áreas de salud gestionen con los Coordinadores de las Cadenas espacios de coordinación y comunicación permanentes, así como con los diferentes actores institucionales, de forma que se produzca la mayor sinergia posible con el accionar de todas las partes y en su conjunto.

La estrategia contenida en el Plan es multifactorial, es por esto que en su ejecución intervienen múltiples actores, tal y como se muestra en la figura 8. El principal actor en este proceso son los centros de salud, especialmente aquellos que tienen demanda por consultas especializadas, procedimientos diagnósticos ambulatorios y procedimientos quirúrgicos, pues son estos los que tienen la responsabilidad directa de brindar una atención oportuna a sus usuarios; y es donde se origina la atención oportuna a los pacientes.

Figura 8: Interacción en la Gestión y ejecución del Plan Atención oportuna



Fuente: Elaboración propia 2017.

Dentro del enfoque propuesto en este plan, la responsabilidad de la atención oportuna, además de recaer en los centros de salud, es soportada por la Gerencia Médica, la cual por medio de los gestores de las cadenas de resultados brinda directrices e instrucciones, recursos especiales y alternativas de acción. Para ello cada gestor de la cadena de resultado debe guiarse con el desglose de actividades que hacen parte de este documento.

A su vez la Gerencia Médica, utilizando la figura de los gestores de las cadenas de resultado, debe coordinar con el resto de las gerencias la implementación de las actividades descritas en este plan; es necesario aclarar que no todas las actividades requieren un abordaje Intergerencial, pero debe asegurarse que en aquellas que si lo requieran se lleven a cabo adecuadamente, con la finalidad de lograr intervenciones equilibradas.

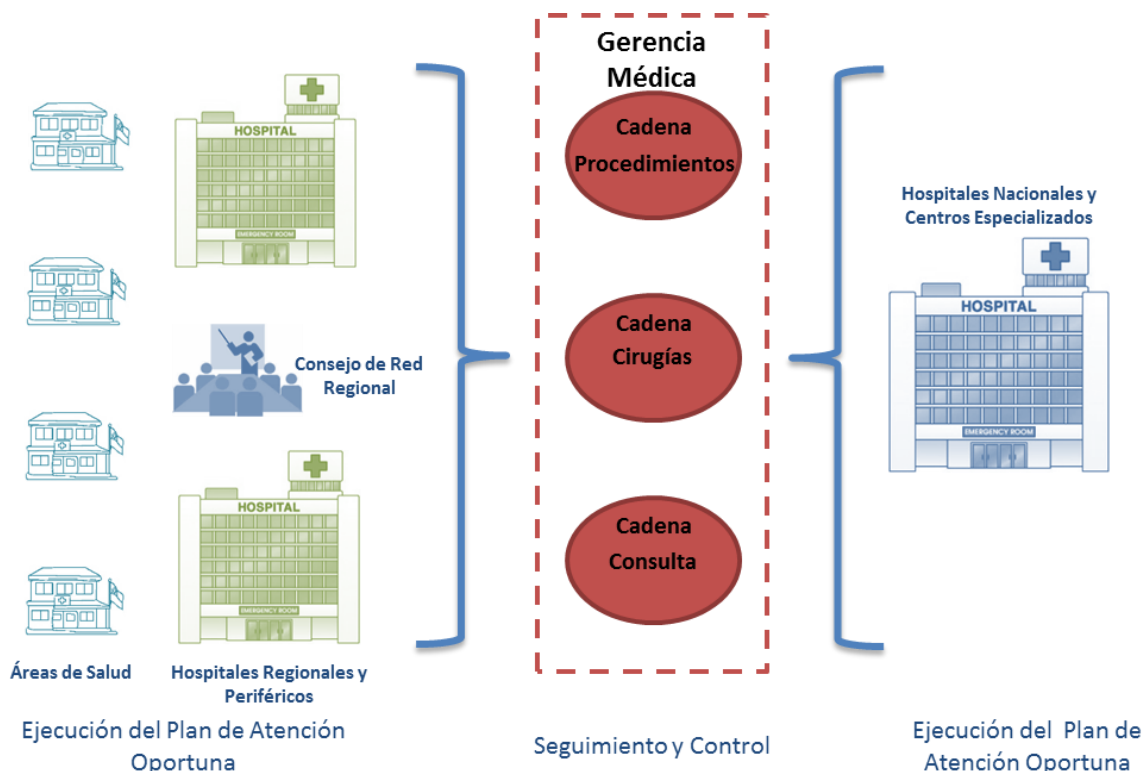
Es necesario aclarar que la Gerencia Médica en el marco de sus competencias, podrá realizar los cambios o ajustes al modelo de gestión propuesto y la estrategia planteada, en virtud de avanzar hacia logro de una Atención Oportuna de las Personas.

Otro actor de este plan es la Comisión Intergerencial Ampliada, la cual cumple con rol de seguimiento, pues conoce los avances de la ejecución del plan en su integralidad y de los resultados que se vayan logrando. Para lo cual periódicamente la Comisión, valorará los riesgos y recomendará la toma acciones correctivas y preventivas, que sean viables para enfocarse en el logro de los resultados.

La gestión y ejecución del Plan de Atención Oportuna es responsabilidad de los centros de salud, en el nivel regional las Direcciones Regionales de Servicios de Salud tendrán funciones de apoyo, seguimiento y supervisión a sus centros de salud adscritos y utilizarán como espacio de coordinación el Consejo de Red Regional, en este espacio podrán los gestores locales plantear necesidades y coordinar esfuerzos para producir sinergias, que fortalezcan la atención oportuna y por ende el cumplimiento de las metas/actividades del plan.

Por su parte los Hospitales Nacionales y Centros Especializados quienes también son responsables de la gestión y ejecución del Plan, coordinarán el apoyo necesario con los encargados de las cadenas de resultado y con la Gerencia Médica, ver figura 9.

Figura 9: Gestión y ejecución del Plan Atención oportuna



Fuente: Elaboración propia 2017.

7.2 Actores, roles y responsabilidades

Se recomienda para efecto de la buena administración, gestión e implementación de las acciones del Plan, los siguientes actores con sus roles y responsabilidades:

a) Centros de Salud: Los centros de salud en la red de servicios que tengan oferta de consulta especializada, procedimientos diagnósticos e intervenciones quirúrgicas, serán los principales responsables de la ejecución de las estrategias y acciones contempladas en el plan. En el proceso de atención en salud los hospitales y áreas de salud son los llamados a gestionar la atención oportuna para lograr resultados esperados en el corto, mediano y largo plazo.

b) Consejos de Red / Regional: los Consejos de Red son los espacios que se establecen desde el nivel regional para el análisis de temas comunes a la prestación de servicios de salud en una región; cuentan con la participación general de los centros de salud adscritos, por lo que este espacio se convierte en una oportunidad para aprovechar y compartir experiencias y de apoyo a la gestión, de tal manera que se requiere que en el normal funcionamiento de este Consejo de Red se aborden los temas referidos a la implementación, control y seguimiento de la atención oportuna. La visión estratégica

de la Dirección Regional permitirá a los gestores locales plantear necesidades, buscar apoyo y a la vez establecer alianzas para mejorar la gestión.

C) Coordinadores de cadenas de resultados (Unidad de Proyectos para la Atención Oportuna): Serán responsables de la programación, control, evaluación y rendición de cuentas de la ejecución de cada cadena de resultados, el cumplimiento de los objetivos con cada centro de salud y los reportes mensuales sobre los avances. Tendrán funciones de enlace y coordinación con las gerencias y los centros de salud para el logro de cada una de las actividades y productos que se requieran. Rendirán cuentas con presentaciones del avance del plan sobre su cadena de resultados, ante la Gerencia Médica y la Comisión Intergerencial Ampliada. Para el apoyo logístico y administrativo los Coordinadores de Cadena serán asistidos por un equipo administrativo asignado por la Gerencia Médica.

d) Equipo staff de Gestión Estratégica de la Gerencia Médica: en complemento del apoyo administrativo citado en el punto anterior, se recomienda delegar en el equipo de Gestión Estratégica de la Gerencia Médica las funciones de seguimiento y control de los resultados del Plan y facilitar los procesos de integración de la planificación, control, seguimiento y evaluación, así como la rendición de cuentas en los planes institucionales y gerenciales, a saber: Plan Nacional de Desarrollo, Planes Tácticos Operativos Gerenciales, Planes Presupuesto y planes específicos de la Gerencia Médica, que incluyen proyectos de innovación y desarrollo.

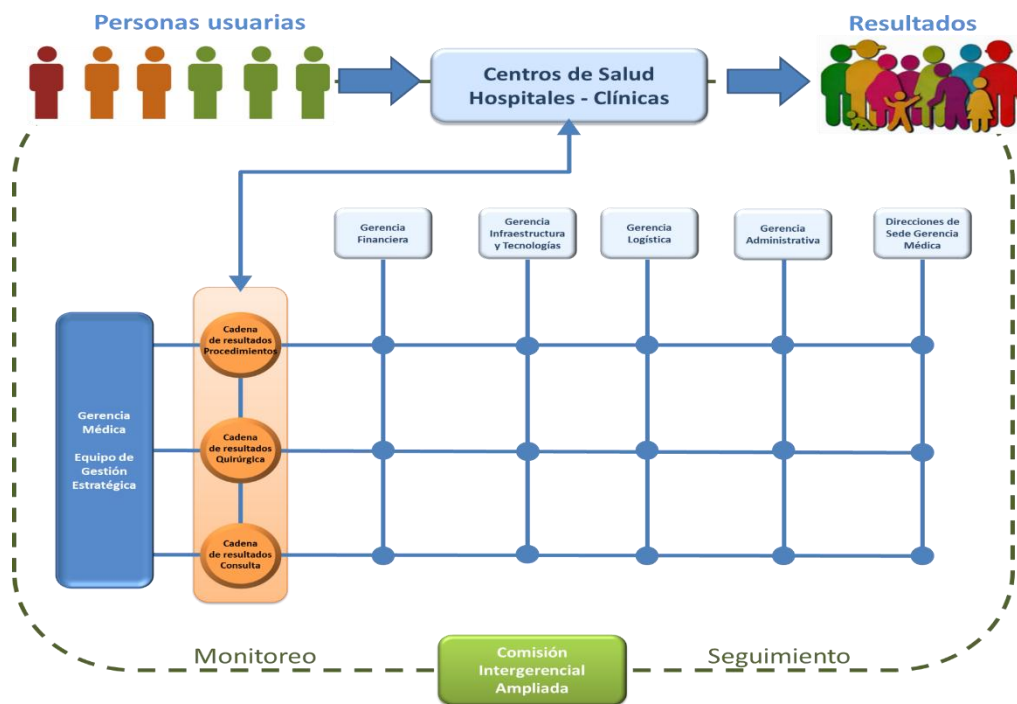
e) Gerencia Médica: le corresponde a la Gerencia Médica Con sus unidades adscritas, implementar las acciones previstas en este plan, su seguimiento, ajuste, control de resultados y propuestas de mejora, para lograr alcanzar las metas y resultados previstos, en beneficio de las personas usuarias de los servicios de salud y dentro de un marco razonable de intervención, uso y aplicación eficiente y eficaz de los recursos disponibles.

Estos roles y responsabilidades, están en concordancia con la Resolución Administrativa emitida por la Gerencia Médica número GM-AJD-16980-2017, de fecha 26 de enero 2017 con vigencia desde el 30 de enero 2017 y comunicada a los centros de salud con oficio GM-AJD-17425-2017 sobre la conformación de los Equipos Coordinadores de las Cadenas de Resultado para la atención oportuna de procedimientos quirúrgicos ambulatorios, consulta externa especializada y procedimientos diagnósticos y terapéuticos ambulatorios, lo que implica un reordenamiento interno de las funciones y responsabilidades delegadas a la Unidad Técnica de Listas de Espera, así como de los procesos de planeamiento, dirección, control, ejecución y la evaluación de resultados.

En complemento de los cambios derivados de la citada Resolución Administrativa GM-AJD-16980-2017, se hace necesario un replanteamiento del Manual Funcional de la Unidad Técnica de Listas de Espera, para ajustar esta unidad al nuevo enfoque pretendido con la implementación de estrategias y acciones consignadas en el plan, se propone que se realicen

las gestiones administrativas y legales que se requieran para que la actual Unidad Técnica de Listas de Espera se convierta en la **“Unidad de Programas y Proyectos para la Atención Oportuna de las Personas”** de la Gerencia Médica.

Figura 10: Organización para la ejecución del Plan



Fuente: Elaboración propia 2017.

F) **Comisión Intergerencial Ampliada** : se propone establecer la figura de una comisión, conformada por representantes del más alto nivel a saber: Presidencia Ejecutiva (Dirección de Planificación, Dirección Institucional de Contralorías de servicios de Salud, Auditoría Interna) Gerencia Médica, Gerencia Financiera, Gerencia Infraestructura y Tecnologías (Proyecto EDUS-ARCA, Dirección de Tecnologías de Información y Comunicaciones), Gerencia Logística y la Gerencia Administrativa (Dirección de Comunicación).

A esta Comisión le corresponden funciones de toma de decisiones del más alto nivel, en la coordinación de acciones con las Gerencias, según se requiera, y el monitoreo y seguimiento para el cumplimiento de los resultados esperados. Le corresponde conocer avances del plan, avalar y proponer nuevas estrategias, resolver situaciones que no han podido resolver los gestores, así como aprobar o improbar nuevas acciones que se requieran (Ver figura 10).

Esta comisión debe al menos sesionar trimestralmente, en forma ordinaria y extraordinaria cuando las situaciones o necesidades lo ameriten. La convocatoria a reuniones debe ser realizada por la Presidencia Ejecutiva, que además preside la



Comisión, y realizará las funciones de coordinación como una forma de apoyo a la labor desarrollada por la Gerencia Médica.



Bibliografía

- Altamirano, E. A. (27 de enero de 2017). El sistema de salud en Costa Rica. *La Prensa Libre, Opinion*.
- Caja Costarricense de Seguro Social. (30 de Mayo de 2006). Reglamento de Seguro de Salud. San José, San José, Costa Rica: CCSS.
- Caja Costarricense de Seguro Social. (2016). *FORTALECIMIENTO DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD*. San José, Costa Rica: CCSS,.
- Caja Costarricense de Seguro Social. (30 de 01 de 2016). *Memoria Institucional 2015*. San José Costa Rica: Dirección de Comunicación Organizacional.
- Hintse, J. (2005). *Evaluación de Resultados, efectos e impactos de valor público*. (CLAD, Ed.) Santiago de Chile: X Congreso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública, Santiago.
- Ministerio de Salud de Costa Rica. (2005). *Estudio de Carga de Enfermedad de Costa Rica*. San José: Banco Interamericano de Desarrollo BID.
- Organización de las Naciones Unidas. (20 de 11 de 2016). <http://hdr.undp.org>. Recuperado el 05 de 12 de 2016, de <http://hdr.undp.org/es/countries/profiles/CRI>
- Programa Estado de la Nación en Desarrollo Humano Sostenible (Costa Rica). (2016). *Vigesimosegundo Informe Estado de la Nación en Desarrollo Humano Sostenible*. –San José C.R : PEN-CONARE.
- Programa de las Naciones Unidas Para el Desarrollo. (2009). *Manual de PPlanificación Seguimiento y Evaluación de los Resultados de Desarrollo*. New York, EEUUAA: PNUD.



Anexo 1. Matriz de programación

En este anexo se presenta la Matriz de Programación que contiene la planificación para cada una de las acciones planteadas para obtener los productos y resultados a los que apunta este plan, como se dijo anteriormente en el apartado de descripción metodológica ésta es el instrumento que complementa las cadenas donde se presenta el detalle de indicadores, metas, líneas base, responsables y otros aspectos de importancia.

Anexo 2. Esquema de seguimiento

El seguimiento y la evaluación son parte fundamental del proceso de planificación, pues permiten vigilar la marcha de los planteamientos realizados, así como ajustar o modificar los cursos de acción en caso de ser necesario. Además son una fuente importante de aprendizaje para mejorar el desempeño de la gestión institucional, desde este enfoque se plantea el esquema de seguimiento y evaluación, el cual está compuesto por un conjunto de indicadores con sus respectivas líneas base y metas, en referencia a los resultados y productos planteados.

Este esquema es resumido en la tabla que se presenta a continuación, la cual contiene el conjunto de indicadores que permitirán realizar el seguimiento y la evaluación del plan a nivel de resultados y productos. De acuerdo con el sistema de gobernanza del plan, para el componente más operativo del plan, las actividades, serán monitoreadas directamente por el Coordinador de cada una de las Cadenas de Resultados establecidas.

El monitoreo de las actividades debe realizarse al menos mensualmente por parte los Coordinadores, para verificar la adecuada marcha del plan, éstos a su vez deberán informar al Comité Coordinador Ejecutivo y la Gerencia Médica sobre el suceso del plan. De igual forma, al menos trimestralmente deberán realizar el seguimiento de los productos y resultados propuestos y presentar informe al mismo Comité.

Un atenuante al estudiar el sistema de monitoreo y evaluación propuesto para este plan, es la disponibilidad y confiabilidad de la información. Es necesario que conforme se vayan depurando las bases de datos, se ajusten las líneas base y las metas planteadas. Este es un punto al que se le debe prestar atención cuando se esté aplicando el sistema de seguimiento y evaluación, el cual incluso puede llevar a ajustes en la planificación realizada.

Sistema de Monitoreo y Evaluación del Plan de Atención Oportuna de las Personas
Procedimientos Diagnósticos Ambulatorios

Resultados			Producto		
Indicador	Línea Base (2014)	Meta 2018	Indicador	Línea Base (2014)	Meta 2018
Plazos de espera promedio para la realización de ultrasonidos			Cantidad de solicitudes de procedimientos de ultrasonidos de mama		
Plazos de espera promedio para la realización de ultrasonidos			Cantidad de solicitudes de procedimientos de ultrasonidos de abdomen superior		



Sistema de Monitoreo y Evaluación del Plan de Atención Oportuna de las Personas Procedimientos Diagnósticos Ambulatorios

Resultados			Producto		
Indicador	Línea Base (2014)	Meta 2018	Indicador	Línea Base (2014)	Meta 2018
Plazos de espera promedio para la realización de colonoscopías			Cantidad de solicitudes de gastroscopías		
Plazos de espera promedio para la realización de TAC no contrastados			Cantidad de solicitudes de colonoscopías		
Plazos de espera promedio para la realización de mamografías			Cantidad de solicitudes de TAC no constrastados, no relacionados con cáncer		
Plazo de espera para lectura de TAC no contrastados			Cantidad de solicitudes de mamografías		
Plazo de espera en días para lectura de mamografía	180	60	Cantidad (Porcentaje) de procedimientos de ultrasonidos de mama antiguos realizados		
Plazo de espera para lectura de resonancia magnética			Cantidad (Porcentaje) de procedimientos de ultrasonidos de abdomen superior antiguos realizados		
			Cantidad (Porcentaje) de gastroscopías antiguas realizadas		
			Cantidad de colonoscopías antiguas realizadas		
			Cantidad de TAC no constrastados antiguos realizados		
			Cantidad de mamografías antiguas realizadas		



Sistema de Monitoreo y Evaluación del Plan de Atención Oportuna de las Personas Procedimientos Diagnósticos Ambulatorios

Resultados			Producto		
Indicador	Línea Base (2014)	Meta 2018	Indicador	Línea Base (2014)	Meta 2018
			Cantidad horas disponibles para realizar procedimientos de ultrasonidos de consulta de externa		
			Relación de horas programadas y horas utilizadas para la realización de procedimientos		
			Cantidad horas disponibles para realizar gastroscopias de consulta de externa		
			Cantidad horas disponibles para realizar colonoscopías de consulta de externa		
			Cantidad horas disponibles para realizar TAC de consulta de externa		
			Cantidad de horas disponibles mamografías de consulta de externa		

Sistema de Monitoreo y Evaluación del Plan de Atención Oportuna para las Personas Procedimientos Quirúrgicos

Resultados			Producto		
Indicador	Línea Base (2014)	Meta 2018	Indicador	Línea Base (2014)	Meta 2018
Plazo de espera promedio en días de los pacientes para la realización de cirugía electiva de oftalmología	265	Reducción	Porcentaje de pacientes antiguos atendidos en el año en hospitales especializados	52%	80%
Plazo de espera promedio en días de los pacientes para la realización de cirugía mayor ambulatoria de oftalmología	240	140	Porcentaje de pacientes antiguos atendidos en el año en hospitales nacionales	43%	80%
Plazo de espera promedio en días de los pacientes para la realización de cirugía electiva general	292	Reducción	Porcentaje de pacientes antiguos atendidos en el año en hospitales regionales	68%	80%
Plazo de espera promedio en días de los pacientes para la realización de cirugía mayor ambulatoria general	240	157	Porcentaje de pacientes antiguos atendidos en el año en hospitales periféricos	49%	80%
Plazo de espera promedio en días de los pacientes para la realización de cirugía electiva de ginecología	216	Reducción	Cantidad de centros especializados que asignan el 80% de sus cirugías a pacientes más antiguos y/o que su paciente más antiguo no supera un año (365 días) de espera		Aumentar

Sistema de Monitoreo y Evaluación del Plan de Atención Oportuna para las Personas Procedimientos Quirúrgicos

Resultados			Producto		
Indicador	Línea Base (2014)	Meta 2018	Indicador	Línea Base (2014)	Meta 2018
Plazo de espera promedio en días de los pacientes para la realización de cirugía mayor ambulatoria de ginecología	190	144	Cantidad de hospitales nacionales que asignan el 80% de sus cirugías a pacientes más antiguos y/o que su paciente más antiguo no supera un año (365 días) de espera		Aumentar
Plazo de espera promedio en días de los pacientes para la realización de cirugía electiva de ortopedia	360	Reducción	Cantidad de hospitales regionales que asignan el 80% de sus cirugías a pacientes más antiguos y/o que su paciente más antiguo no supera un año (365 días) de espera		Aumentar
Plazo de espera promedio en días de los pacientes para la realización de cirugía mayor ambulatoria de ortopedia	360	244	Cantidad de hospitales periféricos que asignan el 80% de sus cirugías a pacientes más antiguos y/o que su paciente más antiguo no supera un año (365 días) de espera		Aumentar
Plazo de espera promedio en días de los pacientes para la realización de cirugía electiva de urología	317	Reducción	Porcentaje de pacientes antiguos atendidos en centros especializados en oftalmología		80%
Plazo de espera promedio en días de los pacientes para la realización de cirugía mayor ambulatoria de urología	278	171	Porcentaje de pacientes antiguos atendidos en hospitales nacionales en oftalmología		80%

Sistema de Monitoreo y Evaluación del Plan de Atención Oportuna para las Personas Procedimientos Quirúrgicos

Resultados			Producto		
Indicador	Línea Base (2014)	Meta 2018	Indicador	Línea Base (2014)	Meta 2018
Plazo de espera promedio en días de los pacientes para la realización de cirugía electiva por (desvío de tabique nasal) otorrino	393	Reducción	Porcentaje de pacientes antiguos atendidos en hospitales regionales en oftalmología		80%
Plazo de espera promedio en días de los pacientes para la realización de cirugía mayor ambulatoria por (desvío de tabique nasal) otorrino	290	192	Porcentaje de pacientes antiguos atendidos en hospitales periféricos en oftalmología		80%
Plazo de espera promedio en días de los pacientes para la realización de cirugía electiva por varices en M.I. Vascular Periférico	372	Reducción	Cantidad de centros especializados con oferta quirúrgica que su lista de espera en oftalmología no supera el año		Aumentar
Plazo de espera promedio en días de los pacientes para la realización de cirugía mayor ambulatoria por varices en M.I. Vascular Periférico	398	133	Cantidad de hospitales nacionales con oferta quirúrgica que su lista de espera en oftalmología no supera el año		Aumentar
Plazo de espera promedio en días de los pacientes para la realización de cirugía electiva			Cantidad de hospitales regionales con oferta quirúrgica que su lista de espera en oftalmología no supera el año		Aumentar



Sistema de Monitoreo y Evaluación del Plan de Atención Oportuna para las Personas Procedimientos Quirúrgicos

Resultados			Producto		
Indicador	Línea Base (2014)	Meta 2018	Indicador	Línea Base (2014)	Meta 2018
Plazo de espera promedio en días de los pacientes para la realización de cirugía mayor ambulatoria		164	Cantidad de hospitales periféricos con oferta quirúrgica que su lista de espera en oftalmología no supera el año		Aumentar
			Porcentaje de pacientes antiguos atendidos por centros especializados en cirugía general		80%
			Porcentaje de pacientes antiguos atendidos por hospitales nacionales en cirugía general		80%
			Porcentaje de pacientes antiguos atendidos por hospitales regionales en cirugía general		80%
			Porcentaje de pacientes antiguos atendidos por hospitales periféricos en cirugía general		80%
			Cantidad de centros especializados con oferta quirúrgica que su lista de espera en cirugía general no supera el año		Aumentar
			Cantidad de hospitales nacionales con oferta quirúrgica que su lista de espera en cirugía general no supera el año		Aumentar



Sistema de Monitoreo y Evaluación del Plan de Atención Oportuna para las Personas Procedimientos Quirúrgicos

Resultados			Producto		
Indicador	Línea Base (2014)	Meta 2018	Indicador	Línea Base (2014)	Meta 2018
			Cantidad de hospitales regionales con oferta quirúrgica que su lista de espera en cirugía general no supera el año		Aumentar
			Cantidad de hospitales periféricos con oferta quirúrgica que su lista de espera en cirugía general no supera el año		Aumentar
			Porcentaje de pacientes antiguos atendidos por centros especializados en ortopedia		80%
			Porcentaje de pacientes antiguos atendidos por hospitales nacionales en ortopedia		80%
			Porcentaje de pacientes antiguos atendidos por hospitales regionales en ortopedia		80%
			Porcentaje de pacientes antiguos atendidos por hospitales periféricos en ortopedia		80%
			Cantidad de centros especializados con oferta quirúrgica que su lista de espera en ortopedia no supera el año		Aumentar



Sistema de Monitoreo y Evaluación del Plan de Atención Oportuna para las Personas Procedimientos Quirúrgicos

Resultados			Producto		
Indicador	Línea Base (2014)	Meta 2018	Indicador	Línea Base (2014)	Meta 2018
			Cantidad de hospitales nacionales con oferta quirúrgica que su lista de espera en ortopedia no supera el año		Aumentar
			Cantidad de hospitales regionales con oferta quirúrgica que su lista de espera en ortopedia no supera el año		Aumentar
			Cantidad de hospitales periféricos con oferta quirúrgica que su lista de espera en ortopedia no supera el año		Aumentar
			Porcentaje de pacientes antiguos atendidos por centros especializados en urología		80%
			Porcentaje de pacientes antiguos atendidos por hospitales nacionales en urología		80%
			Porcentaje de pacientes antiguos atendidos por hospitales regionales en urología		80%
			Porcentaje de pacientes antiguos atendidos por hospitales periféricos en urología		80%

Sistema de Monitoreo y Evaluación del Plan de Atención Oportuna para las Personas Procedimientos Quirúrgicos

Resultados			Producto		
Indicador	Línea Base (2014)	Meta 2018	Indicador	Línea Base (2014)	Meta 2018
			Cantidad de centros especializados con oferta quirúrgica que su lista de espera en urología no supera el año		Aumentar
			Cantidad de hospitales nacionales con oferta quirúrgica que su lista de espera en urología no supera el año		Aumentar
			Cantidad de hospitales regionales con oferta quirúrgica que su lista de espera en urología no supera el año		Aumentar
			Cantidad de hospitales periféricos con oferta quirúrgica que su lista de espera en urología no supera el año		Aumentar
			Porcentaje de pacientes antiguos atendidos por hospitales nacionales en ORL		80%
			Porcentaje de pacientes antiguos atendidos por hospitales regionales en ORL		80%
			Porcentaje de pacientes antiguos atendidos por hospitales periféricos en ORL		80%



Sistema de Monitoreo y Evaluación del Plan de Atención Oportuna para las Personas Procedimientos Quirúrgicos

Resultados			Producto		
Indicador	Línea Base (2014)	Meta 2018	Indicador	Línea Base (2014)	Meta 2018
			Cantidad de hospitales nacionales con oferta quirúrgica que su lista de espera en ORL no supera el año		Aumentar
			Cantidad de hospitales regionales con oferta quirúrgica que su lista de espera en ORL no supera el año		Aumentar
			Cantidad de hospitales periféricos con oferta quirúrgica que su lista de espera en ORL no supera el año		Aumentar
			Porcentaje de pacientes antiguos atendidos por hospitales nacionales en vascular periférico		80%
			Porcentaje de pacientes antiguos atendidos por hospitales regionales en vascular periférico		80%
			Porcentaje de pacientes antiguos atendidos por hospitales periféricos en vascular periférico		80%
			Cantidad de hospitales nacionales con oferta quirúrgica que su lista de espera en vascular periférico no supera el año		Aumentar



Sistema de Monitoreo y Evaluación del Plan de Atención Oportuna para las Personas Procedimientos Quirúrgicos

Resultados			Producto		
Indicador	Línea Base (2014)	Meta 2018	Indicador	Línea Base (2014)	Meta 2018
			Cantidad de hospitales regionales con oferta quirúrgica que su lista de espera en vascular periférico no supera el año		Aumentar
			Cantidad de hospitales periféricos con oferta quirúrgica que su lista de espera en vascular periférico no supera el año		Aumentar
			Tiempo promedio que tardan los centros de atención en depurar la lista de espera los pacientes que son dados de alta (depuración en tiempo real)		
			Porcentaje de centros con oferta quirúrgica que han aumentado su productividad en cirugía mayor ambulatoria		100%
			Porcentaje de centros especializados con oferta quirúrgica que han aumentado su productividad en cirugía mayor ambulatoria		100%
			Porcentaje de hospitales nacionales que han aumentado su productividad en cirugía mayor ambulatoria		100%



Sistema de Monitoreo y Evaluación del Plan de Atención Oportuna para las Personas Procedimientos Quirúrgicos

Resultados			Producto		
Indicador	Línea Base (2014)	Meta 2018	Indicador	Línea Base (2014)	Meta 2018
			Porcentaje de hospitales regionales que han aumentado su productividad en cirugía mayor ambulatoria		100%
			Porcentaje de centros con oferta quirúrgica que han aumentado su productividad en cirugía mayor ambulatoria		100%
			Promedio de la tasa de crecimiento anual de la cirugía mayor ambulatoria		$\geq 6\%$

Sistema de Monitoreo y Evaluación del Plan de Atención Oportuna de las Personas					
Consulta Especializada					
Resultados			Producto		
Indicador	Línea Base (2014)	Meta 2018	Indicador	Línea Base	Meta 2018
Citas pendientes nuevas para la consulta de oftalmología a más de 90 días	40.000	Reducción	Cantidad de solicitudes para de consulta especializada para pacientes definidos como nuevos		
Citas pendientes nuevas para la consulta de urología a más de 90 días	13.519	Reducción	Cantidad de solicitudes para la consulta de oftalmología para pacientes definidos como nuevos		
Citas pendientes nuevas para la consulta de ORL a más de 90 días	19.890	Reducción	Cantidad de solicitudes para la consulta de urología para pacientes definidos como nuevos		
Citas pendientes nuevas para la consulta de ORTOPEDIA a más de 90 días	32.829	Reducción	Cantidad de solicitudes para la consulta de ORL para pacientes definidos como nuevos		
Citas pendientes nuevas para la consulta de dermatología a más de 90 días	32.829	Reducción	Cantidad de solicitudes para la consulta de ortopedia para pacientes definidos como nuevos		
Citas pendientes nuevas para la consulta de fisioterapia a más de 90 días	11.498	Reducción	Cantidad de solicitudes para la consulta de dermatología para pacientes definidos como nuevos		



Sistema de Monitoreo y Evaluación del Plan de Atención Oportuna de las Personas					
Consulta Especializada					
Resultados			Producto		
Indicador	Línea Base (2014)	Meta 2018	Indicador	Línea Base	Meta 2018
			Cantidad de solicitudes para la consulta de fisiatría para pacientes definidos como nuevos		
			Porcentaje de pacientes antiguos atendidos en consulta especializada en el año en centros especializados		
			Porcentaje de pacientes antiguos atendidos en consulta especializada en el año en hospitales nacionales		
			Porcentaje de pacientes antiguos atendidos en consulta especializada en el año en hospitales regionales		
			Porcentaje de pacientes antiguos atendidos en consulta especializada en el año en hospitales periféricos		
			Porcentaje de pacientes antiguos atendidos en consulta especializada en el año en centros especializados		



Sistema de Monitoreo y Evaluación del Plan de Atención Oportuna de las Personas					
Consulta Especializada					
Resultados			Producto		
Indicador	Línea Base (2014)	Meta 2018	Indicador	Línea Base	Meta 2018
			Cantidad de centros especializados por especialidad que su lista de espera en consulta especializada no supera el año		
			Cantidad de hospitales nacionales por especialidad que su lista de espera en consulta especializada no supera el año		
			Cantidad de hospitales regionales por especialidad que su lista de espera en consulta especializada no supera el año		
			Cantidad de hospitales periféricos por especialidad que su lista de espera en consulta especializada no supera el año		
			Relación entre las horas utilizadas y horas programadas		
			Relación entre las horas utilizadas y horas programadas por tipo de consulta		

Anexo 3. Matriz de responsabilidades

La matriz de asignación de responsabilidades se plantea para transparentar y facilitar la gestión del Plan, en esta se relacionan las actividades que deben ejecutarse para poder cumplir lo planeado con los responsables de su ejecución y los roles asignados a cada responsable.

De esta manera se logra asegurar que cada una de las actividades esté asignada a una unidad responsable. El gestor del plan debe velar por que cada unidad tenga claro las responsabilidades dentro del plan y abrir los espacios necesarios para la coordinación de tiempo, alcance y recursos para la ejecución de los compromisos establecidos.

Los roles asignados dentro de la matriz son básicamente tres **C**: coordina, **E**: ejecuta y **S**: da seguimiento. Estos roles no son excluyentes, es decir una unidad puede ejercer varios roles dentro de una misma actividad.

Los roles y responsabilidades establecidas en esta matriz, deben ser analizados por las partes involucradas y de ser necesario pueden redefinir compromisos.



Plan para la Atención Oportuna de las Personas

Matriz de responsabilidades
Cadena de Resultados de Procedimientos Diagnósticos Ambulatorios

Proyecto/ Actividad	Gerencia Médica	Coordinador de la cadena de resultado	Dirección de Red de Servicios de Salud	Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud	Dirección de Proyección de Servicios de Salud	CENDEISS	Centros de Salud	Gerencia de Infraestructura y Tecnologías	Equipo EDUS - ARCA	Dirección de Administración del Personal	Gerencia Financiera	Gerencia de Logística	Dirección Jurídica
Definir protocolos de referencia de procedimientos (colonoscopías)	C	S	E	E									
Capacitar médicos de primer nivel en referencia de procedimientos	C	S	E	E		E							
Establecer estándares mínimos de producción en el área de atención de procedimientos (colonoscopías, ultrasonidos, gastroscopías, mamografías, resonancias magnéticas)	C	S			E								
Diseñar e implementar la guía de gestión del funcionamiento de los procedimientos médicos ambulatorios de consulta externa	C	E											
Optimización de la capacidad instalada de procedimientos		S											
Depurar listas de espera (mantenimiento de agendas)		S					E						
3.1.1 Implementar el Sistema de Información SIAC	C	S					E	E					
Realizar estrategias innovadoras de trabajo tendientes a disminuir la lista de espera en procedimientos (centro de diagnóstico por imágenes y otros)		S						E		E	E		
Realización de reportes por pago por producción en mamografías, TAC y resonancia	C	S					E				E		
Realizar reportes por destajo en resonancias	C	S					E				E		
Realizar reportes por destajo en tomografías	C	S					E				E		
Implementar el uso de ultrasonidos por médicos generales en el primer nivel y especialistas	C	S					E	E			E	E	E
Capacitar a los médicos de primer nivel en la realización y lectura de ultrasonidos	C	S				E	E						

C= Coordina

E= Ejecuta

S= Da
seguimiento



Plan para la Atención Oportuna de las Personas

Matriz de responsabilidades
Cadena de Resultados de Procedimientos Quirúrgicos

Proyecto/ Actividad	Gerencia Médica	Coordinador de la cadena de resultados	Dirección de Red de Servicios de Salud	CENDEISS	Centros de Salud	Gerencia de Infraestructura y Tecnologías	Equipo EDUS - ARCA	Dirección de Administración del Personal	Gerencia Financiera	Gerencia de Logística	Dirección Jurídica	Gerencia Administrativa
Actualizar la Guía para el ingreso, resolución y depuración de listas de espera para procedimientos quirúrgicos	C	S									E	
Depurar los pacientes de las diferentes listas de espera quirúrgica mediante la aplicación de la guía para el ingreso, resolución y depuración de las listas de espera para procedimientos quirúrgicos	C	S			E							
Proyecto EDUS/ARCA Implementar el módulo quirúrgico EDUS/ARCA en los 30 centros que cuentan con lista de espera quirúrgica	C	S					E					
Aplicar la metodología de priorización quirúrgica en las especialidades y patologías definidas como críticas por la Gerencia Médica (14 formularios).		S	E									
Promover la atención de pacientes derivados en los centros que cuentan con capacidad instalada quirúrgica disponible	C	S			E							
Optimizar el tiempo de utilización de salas de cirugía de hospitales así como el índice de gestión de salas de operación		S	C		E							
Promover la realización de jornadas de producción de cirugía mayor ambulatoria	C	S			E	E			E	E		
Promover el alta de pacientes con diagnóstico de cataratas mediante la implementación de proyectos especiales	C	S			E				E	E		
Promover proyectos innovadores para la habilitación de nuevos servicios (proyecto CENARE, Pago por producción, unidades de alto desempeño, quirófanos móviles)	C	S				E		E	E			
Dotar equipos quirúrgicos para la habilitación de segundos turnos en las especialidades mas críticas	C	S							E			E
Capacitar a grupos gestores locales de lista de espera y/o gestores de hospitales en la gestión de listas de espera		S		E	E							
Diseñar e implementar el Modelo de cirugía mayor ambulatoria	C	S							E	E		
Implementar modelo de cirugía menor ambulatoria en el I nivel de atención (cirugía que no ocupe anestesia en clínicas mayores y EBAIS)	C	S				E				E		

C= Coordina, E= Ejecuta, S= Da seguimiento



Plan para la Atención Oportuna de las Personas

**Matriz de responsabilidades
Cadena de Resultados de Consulta Especializada**

Proyecto/ Actividad	Gerencia Médica	Coordinador de la cadena de resultados	Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud	Dirección de Proyección de Servicios de Salud	Dirección de Red de Servicios de Salud	CENDEISS	Dirección de Farmacoepidemiología	Centros de Salud	Gerencia de Infraestructura y Tecnologías	Equipo EDUS - ARCA
Definir protocolos de referencia de consulta especializada (oftalmología, urología, ORL, ortopedia, dermatología, fisiatría)		S	E		C	E				
Capacitar médicos de primer nivel en referencia de consulta especializada		S								
Autorizar niveles de usuario para la prescripción de medicamentos restringidos para I y II nivel		S					E			
Capacitar a los comités locales desde el nivel central para la prescripción de medicamentos de uso restringido		S				E	C			
Prescribir medicamentos de pacientes en niveles locales		S	C					E		
Implementar guías de gestión del funcionamiento de la consulta especializada		E								
Identificar centros y oferta para participar en la derivación		E								
Depurar listas de espera (mantenimiento de agendas)		S						E		
Puesta en marcha sistema de información SIAC		S								E
Derivar pacientes (red)	C	S								
Maximizar (utilización) la capacidad instalada		S								
Aplicar telemedicina para consulta especializada		S			C					
Habilitar segundos turnos		S	C	C						

C= Coordina

E= Ejecuta

S= seguimiento

Da

Anexo 4 Actividades del Proyecto para la mejora de la información en Consulta Especializada y Procedimientos Diagnósticos Ambulatorios

El objetivo de este proyecto es obtener información confiable en sobre procedimientos diagnósticos, especialmente en ultrasonidos, gastroscopias, colonoscopías, TAC no contrastados, mamografías y resonancia magnética, con la finalidad de lograr el establecimiento de líneas base y programaciones adecuadas, en el Plan de Atención Oportuna para las Personas.

A continuación se describe la programación preliminar que estaría siendo desarrollada y gestionada por el Área de Estadísticas en Salud de la Dirección de Proyección de Servicios de Salud de la Gerencia Médica.



Plan para la Atención Oportuna de las Personas

ACTIVIDAD	INDICADOR	II Sem 2016	I Sem 2017	II Sem 2017	Responsables	RECURSOS REQUERIDOS	Observaciones/Supuestos
Aplicación de piloto de catálogo de radiología en el hospital México	Plan piloto implementado	si			TIC y AES		El producto de este piloto puede convertirse en un estándar nacional
Conformación del grupo de expertos para validar el catálogo de procedimientos (radiología y gastroenterología)	Equipo conformado	si (noviembre)			Comisión ampliada de Presidencia	Grupo: Dos radiólogos líderes, (hospital México Dr. Quirós Ortiz y Dra. Fonseca hospital Turrialba) UTLE, José Herrera TIC, Estadística. Gastroenterólogos Dr. Salom y Dr. Omar Alfaro Hospital México,	Presidencia y Gerencia Médica oficializarán estos grupos. Las personas están disponibles y pueden asistir a la actividad
Validación del Catálogo de procedimientos y definición de requerimientos e indicadores básicos por grupo experto (gastroenterología, TAC)	Catálogo validado	Si (diciembre)			Grupo experto		Compromiso del grupo experto en la labor asignada



Plan para la Atención Oportuna de las Personas

ACTIVIDAD	INDICADOR	II Sem 2016	I Sem 2017	II Sem 2017	Responsables	RECURSOS REQUERIDOS	Observaciones/Supuestos
Desarrollo del software en EDUS-ARCA	Software diseñado		Marzo		DTIC, Proyecto EDUS-ARCA		Contrato de horas profesionales para diseño de software Los ajustes son menores a lo que existe actualmente
Grupo experto valida la aplicación informática	Validación del grupo experto		Marzo		Grupo experto		Depende de que esté listo el desarrollo
Diseño de estrategia de implementación (cronograma equipos de trabajo, materiales de capacitación y otros)	Estrategia diseñada Identificados los hospitales críticos en procedimientos		Abril		AES y UTLE (Dr. Cortés)		Disponible la infraestructura tecnológica para la aplicación del aplicativo. Compromiso de parte de los directores de los centros para facilitar condiciones
Realizar descriptores curriculares y trámite de aval en el CENDEISS	Curso de capacitación avalado por el CENDEISS		Mayo		AES y EDUS-ARCA (Dra. Alvarado)		
Capacitación de capacitadores (equipos regionales)	Grupos regionales capacitados		Mayo		AES y EDUS-ARCA (Dra. Alvarado)		Se dispone de los sitios para realizar las capacitaciones. Es necesario rebalancear recursos para el desarrollo del plan



Plan para la Atención Oportuna de las Personas

ACTIVIDAD	INDICADOR	II Sem 2016	I Sem 2017	II Sem 2017	Responsables	RECURSOS REQUERIDOS	Observaciones/Supuestos
Depuración y migración de las bases de datos (calidad de la información)	Diseñada la metodología de migración Ejecutado plan de migración de bases de datos		Mayo		AES y Centros de Salud		Se requiere diagnóstico previo para conocer la duración de esta actividad. Las unidades cumplen con la directriz GM-ADJ-19071-2016 sobre depuración
Implementación en centros	Hospital implementado por especialidad			Agosto	Equipos regionales		
Operación	Sistema operando Sistema operando por especialidad y procedimiento			Agosto en adelante	Centros de salud		Se cuenta con indicadores de seguimiento de operación
Desarrollo de aplicación móvil	Aplicación diseñada e implementada			Noviembre	Proyecto EDUS-ARCA, DTIC, AES		
Seguimiento	Informes de Seguimientos ejecutados			Agosto en adelante	Centros de salud, AES, DTIC		
Evaluación	Taller de identificación de áreas de mejora			Agosto en adelante	Centros de salud, AES, DTIC		
Plan de mantenimiento y mejora del sistema	Ejecución del Plan de Mantenimiento y mejora			Agosto en adelante	AES, DTIC, UTLE (Dr. Cortés)		

Anexo 5 Indicador Resumen del Proceso de Gestión de Quirófanos

(La información consignada en este anexo fue tomada directamente del documento titulado **“Herramienta para el análisis y la evaluación integral del proceso de la gestión quirúrgica hospitalaria en el Hospital San Vicente de Paúl”** realizado por Dra. Tania Jiménez Umaña, Ing. George Aguilar Prieto, Dra. Katherine Mata Rojas, Dra. Priscila Balmaceda Chaves, Dra. Marisabel García Rojas, Dr. José Soto Roldán, Dra. Liza Vásquez Umaña, Msc. Ana Solís Guevara, Ing. Stephanie Chavarría Soto, Dra. Marny Ramos Rivas)

El indicador resumen del proceso de gestión de quirófanos es un indicador resumen compuesto por la suma de los indicadores de los tres subprocesos que intervienen la gestión de las salas de operaciones, los cuales se describen a continuación:

1. Fase preoperatoria
 - a. Lista de espera
 - b. Cirugías suspendidas
 - c. Hospitalización
2. Fase sala de operaciones
 - a. Rotación Media de pacientes
 - b. Retraso en el primer caso
 - c. Porcentaje de ejecución
 - d. TUSH
3. Fase post operatoria
 - a. Satisfacción del usuario
 - b. Reintervenciones
 - c. Porcentaje de Cirugías de Emergencias
 - d. Mortalidad postoperatoria

Para cada uno de los subprocesos señalados los indicadores fueron dicotomizados siguiendo un criterio experto a partir del establecimiento de puntos de corte o valores de referencia según fue requerido.

Cada fase dentro del proceso ha sido ponderada siguiendo un criterio experto, considerando valores entre 0 y 100%.

De esta forma el modelo estadístico para el **Indicador Resumen del Proceso de Gestión de Quirófanos** se resume en la siguiente expresión matemática:

$$I_{gq} = \frac{\sum_{i=1}^3 w_i \left(\sum_{j=1}^{k_i} d_{ij} / k_i \right)}{\sum_{i=1}^3 w_i}$$

Donde:

I_{gq}	Indicador resumen del proceso de gestión quirúrgica
I	Representa la etapa ordenada del proceso: 1 Preoperatoria 2 Sala de Operaciones 3 Post operatoria
w_i	Peso relativo dado a la fase i-ésima según criterio experto
K_i	Número de indicadores incluidos para el monitoreo de la fase i-ésima.
J	Representa el número ordenado del indicador dentro de la fase i
d_{ij}	Indicador j-ésimo dicotomizado dentro de la fase i-ésima.

Para mayor claridad se presenta el siguiente cuadro con el resumen de los indicadores por subproceso.

Cuadro: Definición de indicadores para el Proceso de Gestión de Quirófanos según fase o subproceso para el Hospital San Vicente de Paúl. Heredia, Enero 2016.

Fases clave del proceso	Peso relativo	Indicadores	Código	Criterio
PREOPERATORIA	40%	Depuración y movimiento de listas de espera	POA	Si POA>50% ==> 1 0 en otro caso
		Porcentaje de ocupación por especialidad	PO	Si 85%<PO<90% ==> 1 0 en otro caso
		Cirugías suspendidas por falta de requisitos	PCS	Si PCS<5% ==> 1 0 en otro caso
SALA DE OPERACIONES	50%	Tiempo de rotación media entre pacientes	TM_SOP	Si TM_SOP> 15 ==>0 1 en otro caso
		Causas de retraso del primer caso y número de retrasos diarios	IOPC	Si IOPC=1 ==>1 0 en otro caso

Fases clave del proceso	Peso relativo	Indicadores	Código	Criterio
		Cirugías suspendidas por causa	PCS	Si PCS<3% ==> 1 0 en otro caso
		% Ejecución de cirugías programadas	Pej	Si Pej>85% ==> 1 0 en otro caso
		TMUS (Tiempo medio de utilización de sala de operaciones)	TMUS	SI TMUS>5 ==>1 0 en otro caso
		% Intervenciones quirúrgicas de emergencia	PCE	Si PCE<10%==>1 0 en otro caso
POST OPERATORIA	10%	Medición de acuerdo a escala establecida para la encuesta	PPS	Si PPS>85% ==>1 0 en otro caso
		Tasa de Mortalidad	MPQ30	Si MPQ30=0 ==> 1 0 En otro caso Sin sobrepasar la tasa anual de 1 en 5000
		Tasa de pacientes reintervenidos	PPR30	Si PPR30<0,05% ==>1 0 en otro caso

Equipo Coordinador

Dr. Róger Ballesteros Harley,
Director, Dirección de Planificación Institucional
Lic. Mónica Acosta Valverde,
Jefa del Despacho de Presidencia Ejecutiva
Dr. Manuel Elías Navarro,
Coordinador, Dirección Técnica de Listas de Espera
Dr. Rafael Cortés Ángel,
Unidad Técnica de Listas de Espera
Dr. Mario Felipe Ruíz Cubillo,
Subdirector Hospital San Vicente de Paúl
Lic. Rolbin Campos Guevara,
Dirección de Planificación Institucional
Lic. Luis Diego Sandoval Salas,
Dirección de Planificación Institucional

Comisión Técnica Institucional de Listas de Espera

Presidencia Ejecutiva
Gerencia Médica
Gerencia Financiera
Gerencia Infraestructura y Tecnologías
Gerencia Logística
Gerencia Administrativa

Equipo Conductor del Proceso Metodológico

Dirección de Planificación Institucional

Arte y diseño

Dirección de Planificación Institucional