

**INSTITUTO CENTROAMERICANO DE ADMINISTRACION PÚBLICA
ICAP**



ESPECIALIDAD EN ADMINISTRACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

**PROGRAMA DE GERENCIA MODERNA Y
GESTIÓN DEL CAMBIO EN SALUD**

**GESTIÓN DE LISTAS DE ESPERA EN LA CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL
DR. CARLOS LUIS VALVERDE VEGA
2003-2008**

EDGAR ANTONIO SEGURA SAENZ

**San José, Costa Rica
JUNIO 2008**

Esta Tesina fue aprobada por el Tribunal Examinador del Programa de Postgrado en Gerencia de la Salud del ICAP, como requisito para obtener el título de Especialista en Administración de Servicios de Salud.

Harys Regidor Barboza
Presidente del tribunal

MSC. GUSTAVO ELIZONDO FALLAS
Director de Tesina

MSc. Sergio Vega Mayorga
Examinador designado

EDGAR ANTONIO SEGURA SAENZ
Sustentante

DEDICATORIA

ESTE TRABAJO SE LO DEDICO A MI ESPOSA E HIJOS QUE SIEMPRE HAN CONFIADO EN MÌ Y POR EL TIEMPO QUE SACRIFIQUE DE ELLOS PARA LLEVAR A CABO ESTOS ESTUDIOS.

II Resumen Ejecutivo

El presente trabajo fue realizado para optar por el Título de Especialista en Administración de Servicios de Salud, del Instituto Centroamericano de Administración Pública, a cargo de Edgar Antonio Segura Sáenz, Medico Ginecoobstetra.

El aumento en los tiempos de espera para asignación de citas en la consulta externa especializada en el Hospital Dr. Carlos L. Valverde Vega como en la gran parte de establecimientos de salud de la Institución, hace que a partir del año 2003 se iniciaran una serie de medidas con la finalidad de disminuir este tiempo de espera para asignar cita a usuarios externos e internos de la menciona consulta.

El propósito de este trabajo es realizar un análisis de la gestión de las listas de espera durante un periodo de cinco años y el efecto de las medidas adoptadas con la finalidad de reducir los plazos de espera; además con base en el análisis de la situación se elabora una propuesta para mejorar la calidad de atención del usuario.

El Objetivo General del trabajo es analizar el impacto en la aplicación de una serie de medidas o cambios con el fin de acortar los tiempos de espera a las(os) usuarias(os) externos del área de atracción del Hospital Dr. Carlos Luis Valverde Vega en la Consulta Externa Especializada.

Como objetivos específicos se tienen:

1. Analizar las estrategias de gestión para reducir plazos de espera.
2. Medir el impacto de medidas en las diferentes especialidades durante el periodo 2003-2008 con relación a los plazos de espera.
3. Conocer la implementación a nivel nacional de este tipo de medidas.
4. Reducir la capacidad ociosa del edificio de la consulta externa especializada del Hospital de San Ramón.
5. Conocer el funcionamiento en la práctica de la RED de servicios médicos con relación a la atención de pacientes que no corresponden a las áreas de atracción.

La investigación realizada es de tipo descriptivo en el cual se describe y analiza el comportamiento de las variables de interés durante este periodo de tiempo.

Se analizó una muestra representativa de la totalidad de la población que asiste a la consulta con la finalidad de conocer su opinión en caso de una consulta de tipo vespertina. Se les realizó una encuesta a las usuarias en un periodo comprendió del 1º marzo al 30 de abril, 2008.

El análisis concluye en las Propuestas de Mejora que aquí se expone:

1. Es pertinente, para no confundir deben darse tres condiciones antes de publicar las listas:
 - Los indicadores deben ser válidos y fiables, y por tanto, entre otras cosas, deben estar ajustados por variables relevantes.
 - La información publicada debe permitir tomar decisiones (publicar números absolutos por servicio, o por patología, etc. no aporta información relevante para el paciente que espera).
 - Debe existir posibilidad de cambiar de lista de espera (de lo contrario, carece de interés para el ciudadano y no aporta incentivos para mejorar).
2. La coordinación entre la atención del primer nivel y la del segundo nivel sigue en el mismo lugar desde hace años, si bien todos consideran que es uno de los puntos críticos para la gestión de las colas. La clave radica en que la atención primaria debe ser más resolutive.
3. Depurar las listas de espera de pacientes repetidos en la consulta. Con la finalidad de excluir aquellos que se encuentren repetidos y así dejar espacios disponibles para los pacientes, obviamente esto requiere tiempo ya que se debe emitir listado de los mismos y realizar correcciones en las agendas de igual manera llamar a los pacientes.
4. Depurar a pacientes que no corresponden a la RED, solo para casos excepcionales que no se pueden atender en otros Hospitales de la Red

Institucional, como son cirugías complejas de ortopedia. Ya que se atienden pacientes de otras regiones y se mantienen por mucho tiempo en la consulta una vez resuelto su problema se deben de contra referir a su lugar de origen, de acuerdo al concepto de red.

5. Valorar implementación de consulta vespertina, en lo referente a estudio de costo, costo beneficio, cantidad de pacientes a atender, opinión de los usuarios de la misma y su aceptación.
6. Recursos Humano necesario tanto profesional como de servicios de apoyo para poder llevarse a cabo

Luego de completar el estudio, se destacan las siguientes conclusiones:

1. Los plazos de espera de la consulta externa son un problema no solo de este País sino internacionalmente.
2. Se puede llegar a controlar las listas de espera en nuestro sistema de Seguridad Social.
3. Se debe de otorgar mayor independencia y capacidad de decisión a los Jefes de la Consulta externa para poder gestionar las listas de espera.
4. Se debe ser más riguroso con el control de la consulta horaria al igual que la sustitución de pacientes ausentes en la consulta externa.
5. Existió impacto positivo en seis (75%) de las especialidades que el año 2003 presentaban plazos de espera a más de 90 días y fue negativo el impacto en dos (25%) de estas especialidades, por motivos ajenos a las medidas adoptadas.

INDICE:

I.....DEDICATORIA

II.....RESUMEN EJECUTIVO

III.....INTRODUCCIÓN

 A.....IDENTIFICACIÓN DEL HOSPITAL

 A 1.....MARCO DOCTRINARIO

 B.....ANTECEDENTES HISTORICOS

 C.....UBICACIÓN GEOGRAFICA

 D.....ORGANIZACIÓN INTERNA

IV.....JUSTIFICACION DEL PROYECTO

 A.....OBJETIVOS DEL PROYECTO

 B.....OBJETIVOS ESPECIFICOS DEL PROYECTO

V.....METODOLOGIA

VI.....ALCANCES DEL ESTUDIO

VII.....MARCO TEORICO

VIII.....SITUACIÓN ACTUAL

IX.....PROPUESTA DE SOLUCIONES

X.....IMPLEMENTACION DE PROPUESTA

XI.....CONCLUSIONES

XII.....RECOMENDACIONES

XIII.....BIBLIOGRAFIA

XIV.....ANEXOS

XV.....GRAFICOS

III INTRODUCCIÓN

A IDENTIFICACIÓN DEL HOSPITAL

A 1 Marco Doctrinario

Misión general del Hospital:

Proporcionar los servicios de salud en forma integral al individuo, la familia y a la comunidad, con eficiencia y calidad en el segundo nivel de atención, conforme a la legislación vigente

Misión de la Consulta Externa Especializada

Ser responsables de la atención especializada ambulatoria de clientes del área de atracción del Hospital Dr. Carlos Luis Valverde Vega. Nuestro trabajo se realiza con respeto, compromiso, calidad, ética profesional, iniciativa, innovación, sensibilidad, eficiencia y oportunidad en beneficio de los clientes externos.

Nuestro compromiso primordial es brindar una excelente atención al usuario (a) y otorgar atención oportuna y especializada.

Visión General del Hospital

Ser líderes en la prestación de los servicios integrales de salud, dando respuesta a los problemas y necesidades de la población, brindando servicios oportunos y de calidad en armonía con el ambiente. Construiremos una cultura de mística, de compromiso y de respeto hacia nuestros pacientes y la comunidad; de comportamiento ético orientado a alcanzar la excelencia.

Visión de Consulta Externa Especializada

Seremos líderes exitosos y de prestigio en cuanto a la calidad de atención de nuestros usuarios externos (as).

Objetivo General:

Brindar atención integral en Salud en el nivel ambulatorio y hospitalario, en forma eficaz y equitativa a la población que conforma los cantones de San Ramón, Palmares y Alfaro Ruiz; garantizando el bienestar psicosocial de la persona, la familia y la comunidad en el periodo 2008.

Objetivos Específicos:

Brindar atención integral de salud a las personas del Segundo Nivel de Atención con consultas de especialidades Médicas, a la población del área de atracción conformada por los cantones de San Ramón, Palmares y Alfaro Ruiz.

Brindar atención integral de salud a las personas con énfasis en la actividad curativa y rehabilitación, en el Segundo Nivel de atención a la población conformada por los cantones de San Ramón, Palmares y Alfaro Ruiz.

Realizar los procesos intermedios de apoyo al tratamiento, diagnóstico y apoyo administrativo con eficiencia y calidad, para contribuir a la satisfacción y mejora de la salud de las personas.

B Antecedentes Históricos

El Cantón de San Ramón en materia de Salud Pública ha tenido un papel importante. Como ejemplo, se han desarrollado proyectos pilotos para mejorar la Salud como fue el Programa de Salud Rural “Hospital sin Paredes” (Ministerio de Salud, 1977). Como en la mayoría del territorio nacional, en San Ramón los primeros pasos en salud pública se dieron con médicos de pueblo y los comadrones (obstétricos).

Según Pineda (1979), en San Ramón, la Primera Junta de Caridad data de 1886, dada la inquietud que existía por levantar un Hospital en la comunidad. Los primeros esfuerzos por construir un Hospital en San Ramón se plasmaron en 1896. Dicho centro se llamó Hospital San Vicente de Paúl, que prestó servicios hasta 1924, fecha en la cual un terremoto causó grandes destrozos en su planta física y casi lo destruyó por completo (Carmona, 1957).

Algunos años después del terremoto de 1924, los ramonenses lograrían construir otro nosocomio, el Hospital Don Nicolás Orlich, que tuvo grandes problemas para su funcionamiento y no fue sino hasta finalizar la década de los años cuarenta, en que por medio de intervención directa de Junta de Protección Social, ya en vigencia, fue cerrado. No obstante, la misma Junta dio apoyo y tomó la decisión de construir un Hospital en San Ramón que atendiera a los vecinos, tanto de la comunidad ramonense como a los de las zonas de Palmares, Naranjo y Alfaro Ruiz (Carmona 1957).

La construcción de este nuevo Hospital se inició en abril de 1952, concluyendo en febrero de 1955. (Carmona 1957). El 01 de marzo de 1955 se funda el Hospital y el 01 de abril de 1955, se inauguran los servicios Hospitalarios por el entonces presidente de la República José Figueres Ferrer, anteriormente en la sesión de la Junta de Salud del 05 de julio de 1953, se acordó dar el Nombre de Dr. Carlos L. Valverde Vega.

En el año 1985 este Hospital, fue traspasado a la Caja Costarricense de Seguro Social sin la población de Naranjo que se seguirá atendiendo en el Hospital de Grecia.

C Ubicación Geográfica

Se encuentra ubicado en San Ramón, cantón segundo de la Provincia de Alajuela y que tiene una extensión de 990.63 Km², o sea el 2% del área total de Costa Rica. Su altitud es de 1800 metros sobre el nivel del mar y se encuentra al NO. de la Meseta Central. Limita al norte con el cantón de San Carlos, al sur con Esparza, San Mateo y Atenas, al este con San Carlos, Alfaro, Naranjo y Palmares, al oeste con Tilarán, Montes de oro de Miramar y Esparza. Su clima es variado con temperaturas entre 17 y 26 C; predominando el clima templado húmedo.

Territorialmente el cantón de San Ramón se divide en trece Distritos a saber Centro, San Juan, San Isidro de Peñas Blancas, San Rafael, Ángeles, Concepción, Santiago, Alfaro, Piedades Sur, Piedades Norte, Zapotal, Volio y San Isidro.

El área de Atracción del Hospital es San Ramón, Palmares y el Distrito de Alfaro Ruiz, con una población a atender de en el 2008 de 139.829 habitantes distribuidos así: 85.630 de San Ramón, 37.293 de Palmares y 16.906 de Alfaro Ruiz (PAO 2008 H. Dr. C. L. V. V.)

D Organización Interna

Esta catalogado este Centro Medico dentro de la organización de la Caja Costarricense del Seguro Social como un Hospital Periférico tres; forma parte de la Red de Servicios del Hospital México (Anexo1) y depende Jerárquicamente de la Dirección Regional Central Norte, internamente esta conformado por: Director General, Director Administrativo, Jefe de Consulta Externa, Jefe de Clínica de Medicina Interna, Jefe de Clínica de Cirugía, Jefe de Clínica de Pediatría, Jefe de Clínica de Ortopedia, Jefe de Clínica de GinecoObstetricia, Jefe de Clínica de Anestesia, Coordinador de Rayos X, Jefe de Clínica de Urgencias, Directora de Enfermería, jefe de Trabajo Social, Jefe de Farmacia, Jefe de Laboratorio Clínico, Jefe de Recursos Humanos, Jefe de Mantenimiento, Jefe de Nutrición, Jefe de área de Gestión de Bienes y Servicios, Jefe de Registros Médicos, Jefe de Ropería y lavandería, Jefe de Servicios Generales, jefe de Gestión 1 en informática.

De acuerdo a datos de la oficina de Recursos Humanos existen un total de 713 funcionarios, 502 con plaza y 211 interinos, de estos funcionarios son profesionales en Medicina 37 médicos especialistas 37 (ver anexo 1) y 14 médicos generales.

Con los funcionarios anteriormente mencionados se brindan los siguientes servicios a los usuarios de el área de atracción de San Ramón, Palmares y Alfaro Ruiz: Hospitalización con 100 camas distribuidas en 40 de Medicina, 28 de Cirugía, 10 de Pediatría, 14 de Maternidad y 8 de Ginecología, Sala de operaciones con cirugía de internamiento de mediana y alta complejidad, atenciones de urgencias con 11 camas de observación de adultos y 5 camas de niños, Consulta externa especializada con 23 diferentes tipos de oferta de servicios en la misma (ver anexo 3) , consultas de otros profesionales como Psicología, Nutrición, Audiometría, Trabajo Social, Clínica de

lactancia materna, Clínica del Dolor con visitas domiciliarias, servicios de apoyo como laboratorio clínico, Farmacia, Rayos X con mamografía, también oferta gastroscopias, colonoscopias, rectoscopias, cistoscopias, pruebas de esfuerzo, Holter, Rehabilitación, etc., etc.

IV JUSTIFICACIÓN DEL PROYECTO

Uno de los aspectos sensibles para los pacientes de cualquier centro médico, son los plazos de espera y por lo tanto, es un factor crítico de éxito de cualquier gestión hospitalaria.

En el Hospital de San Ramón, los plazos de espera durante algún tiempo se vieron afectados por diferentes causas que afectaban a los usuarios (as) tanto internos como externos lo que origino una serie de cambios con la finalidad de buscar una mejora en los plazos de asignación de citas médicas.

Al tenor de la misión y visión de la Consulta Externa, donde se dejan claros los objetivos, en la Institución se realicen gestiones gerenciales para tratar de reducir los tiempos de espera para asignación de citas en la consulta Externa Especializada, como también producir impacto en la parte presupuestaria.

A finales del año 2002 se inician una serie de medidas con la finalidad de tratar de acortar los plazos de espera para asignación de citas medicas a los usuarios del área de atracción del Hospital Dr. Carlos L. Valverde Vega, de acuerdo con la distribución Institucional de RED de servicios de Salud de la Región Central Norte de la Caja Costarricense de Seguro Social.

La responsabilidad del Hospital de brindar una atención de salud especializada para los usuarios de San Ramón, Palmares y Alfaro Ruiz, exige por parte del personal un trabajo basado en el respeto, compromiso, calidad, ética profesional, iniciativa, innovación, sensibilidad, eficiencia y oportunidad en beneficio de los clientes externos.

Luego de cinco años en los cuales se implementaron algunas variaciones en lo referente a asignación de citas medicas para tratar de reducir los plazos de espera y minimizar el impacto a los usuarios, se realiza un análisis de los logros obtenidos, se presentan algunas debilidades encontradas, el impacto de las medidas en los plazos de espera, se presentan sugerencias para posibles soluciones al problemas, convirtiéndose de esta manera en la justificación del proyecto.

A OBJETIVO GENERAL DEL PROYECTO

1- Analizar el impacto en la aplicación de una serie de medidas o cambios con el fin de acortar los tiempos de espera a las(os) usuarias(os) externos del área de atracción del Hospital Dr. Carlos Luis Valverde Vega en la Consulta Externa Especializada.

B OBJETIVOS ESPECIFICOS DEL PROYECTO

6. Analizar las estrategias de gestión para reducir plazos de espera.
7. Medir el impacto de medidas en las diferentes especialidades durante el periodo 2003-2008 con relación a los plazos de espera.
8. Conocer la implementación a nivel nacional de este tipo de medidas.
9. Reducir la capacidad ociosa del edificio de la consulta externa especializada del Hospital de San Ramón.
10. Conocer el funcionamiento en la práctica de la RED de servicios médicos con relación a la atención de pacientes que no corresponden a las áreas de atracción.

V METODOLOGÍA

En el presente proyecto se efectúa un análisis de lo realizado en el Hospital Doctor Carlos L. Valverde Vega de San Ramón en lo referente a gestión de listas de espera en el área de la consulta externa especializada, durante un periodo comprendido del año 2003 al I trimestre del año 2008 y sus alcances en cuanto a los logros obtenidos

En este periodo de tiempo se llevaron a cabo una serie de cambios para tratar de mejorar los plazos de espera en la consulta externa especializada con la finalidad de mejorar la atención del usuario externo y como consecuencia afectar otros servicios de atención como son los plazos de cirugías de internamiento y ambulatoria, la atención de los servicios de apoyo como son laboratorio, Rayos X, Ultrasonidos generales y ginecológicos

Una vez realizado el análisis de los alcances de su gestión se evaluará la posibilidad de implementar alguna otra medida complementaria para lograr el objetivo de reducir los plazos de espera.

Para esto lo primero que se debe de realizar es una encuesta a los diferentes Directores de las Áreas de Salud que refieren pacientes a la Consulta Externa para saber su opinión con relación a este tipo de consulta (ver anexo 6).

De la misma manera se debería realizar encuesta a funcionarias de la consulta externa sobre la posibilidad de laborar en horario extraordinario para atención de consulta vespertina

(ver anexo 7).

También los usuarios externos e internos de la consulta externa se deben realizar una encuesta de opinión con relación a la implementación de este tipo de consulta (ver anexo 8).

Para saber cuantos de los usuarios externos se debe aplicar la encuesta se utilizara la siguiente formula para el cálculo:

POBLACION	5892
CON UN NIVEL DE CONFIANZA DEL	90,00 %
UN ERROR DE MUESTREO	0,05%
UN PORCENTAJE DE REEMPLAZO	6,00%

$$N = \frac{t * p * q}{e}$$

t = 1645 es el valor normal para un nivel de confianza de 90%
 p * q = 0.5 * 0.5 como varianza máxima supuesta para una variable de distribución binomial
 e = 0.05 como un error permisible en las estimaciones

Aplicando la formula tenemos $n = \frac{0.6765063}{0.002500}$

n= 271

Aplicando el factor de corrección tenemos para una población de 5892 pacientes que se atienden por mes en promedio en la consulta externa

$$N = \frac{n}{1 + n / no} = \frac{271}{1 + 271 / 5892} = 259$$

con reemplazo Del 6% $r = 0.259 * 6\% = 16$
 $n = 259 + 15.52 = 274$

El tamaño de la muestra es de 274 usuarios que se deben de encuestar.

Se adjuntan encuestas realizadas.

Respuesta	No de Usuarios	Porcentaje
Total	271	100%
Si	234	86 %
No	37	14 %

VI ALCANCES DEL ESTUDIO

Con la finalidad de revisar los logros obtenidos en las listas de espera de la consulta externa especializada, se procede a analizar la gestión sobre las mismas, durante un periodo comprendido del año 2003 al I trimestre del año 2008, en el Hospital Dr. Carlos L. Valverde Vega de San Ramón.

En este período se llevaron a cabo una serie de cambios con la finalidad de mejorar el tiempo que tenía que esperar el usuario para ser atendido luego de solicitar cita médica por algún problema de salud existente.

Este estudio permitirá demostrar si se cumple la atención con en el concepto de Red de Servicios, si las medidas implementadas son efectivas para reducir los plazos de espera, si existen algunos otros elementos que puedan estar afectando el tiempo de espera prolongado para asignación de citas, la existencia de medidas correctivas y la viabilidad de su implementación, tomar el presente como plan a nivel nacional para reducción de plazos de espera.

VII MARCO TEORICO

Se entiende por plazos de espera el tiempo que debe de esperar un usuario en asignarle una cita cuando es referido tanto del primer, segundo o tercer nivel de atención a las diferentes especialidades o subespecialidades con que cuente el Hospital de referencia, el que no debe de ser mayor de 90 días.(ver Anexo 2). Si se toma como partida los principios básicos de la Seguridad Social: solidaridad, universalidad, equidad, igualdad, obligatoriedad y el ultimo incorporado como es subsidiaridad; el reglamento de seguro de salud se lleva a cabo en la Institución lo concerniente a la gestión de listas de espera para asignación de citas medicas en las diferentes consultas que se imparten, por lo tanto el Hospital Dr. Carlos L. Valverde Vega realiza su propia gestión la cual se procede a analizar con sus alcances de la misma.

Las personas que ocupan una lista de espera sufren a menudo un riesgo adicional derivado del tiempo que pasa hasta que obtienen el tratamiento; sin embargo, en otras ocasiones, las personas en listas de espera no tienen necesidad del tratamiento por el que esperan.

Ambos argumentos, contrastables con evidencias empíricas, serían suficientes para afirmar que debe llegar la gestión a las listas de espera dejando de un lado políticas más o menos oportunistas. Se entiende por políticas oportunistas mantener la mala información sobre listas o su maquillaje, utilizar programas de auto concertación si más horizonte que llegar a final de año sin listas de mas de 90 días, etc.

En esto se puede agregar que los médicos asistentes especialistas atenderán cuatro pacientes por hora en consulta externa. Es entendido que un paciente nuevo equivale a dos subsecuentes. Un paciente nuevo es aquél que consulta por primera vez por una

enfermedad de causa nueva, distinta y sin relación íntima directa con otras ya conocidas anteriormente o como consecuencia de las mismas.

También se considerará “paciente nuevo” cuando aun siendo su padecimiento de causa ya conocida, el paciente dejó de controlarse por más de un año. Lo anterior según arreglo entre sindicato de profesionales en Medicina Unión Medica Nacional y la Caja Costarricense de Seguro Social (Normas que regulan las relaciones Laborales, científicas académicas profesionales en Medicina, ... 2004)

Existen algunas iniciativas de gestión de listas de espera en diferentes Países de América Latina y Europa, donde se habla de variaciones de horario para atención de usuarios de la Consulta Externa (Reglamento de funcionamiento de listas de espera 2001) lo mismo que algunos indicadores documentados que se deben de tomar en cuenta para la gestión cotidiana que permiten entender mejor la situación actual.

Hoy es posible aseverar que conocer el volumen y significación de las listas de espera es una tarea complicada. Paradójica afirmación si consideramos la cantidad de datos disponibles, o no tan paradójica si se realiza un breve repaso a las múltiples formas de tratar y presentar (maquillar) las listas de espera. Así, mientras que es posible encontrar cambios en los criterios de inclusión, modificaciones en la fecha de inicio de la espera, fraccionamiento de las listas, etc., resulta improbable encontrar algún criterio que permita afirmar que los pacientes están ordenados en función de la necesidad de ser intervenidos. La gran limitación de los sistemas de información sobre listas radica en la visión compartimentada de las mismas; no se ven procesos, sino sucesos independientes en cada parte del proceso. Así, un paciente que es visto en atención primaria sufre una espera hasta que llega a la consulta externa por primera vez; después sufre tantas colas como exploraciones se indican; otra espera para exámenes

hasta que lo vuelve a citar el especialista; tras el diagnóstico, otra cola hasta la intervención (a veces esta cola se convierte en dos: hasta que lo llaman para decirle que lo incluyen en lista de espera y desde que lo incluyen en lista de espera hasta que lo intervienen), y después las sucesivas colas derivadas del postoperatorio. Para terminar con este epígrafe, que en medio del marasmo de datos crece la necesidad de publicar las listas.

El concepto de tiempo de espera que se encuentra en el reglamento de la Unidad Técnica de Listas de Espera (UTLE) de la C. C. S. S. (Internet Cuenca Ecuador 2007) indica: plazo entre la fecha en el profesional médico competente recomienda la cirugía electiva, consulta especializada o procedimiento y la fecha en que será efectivamente atendido y/o intervenido. La misma analogía se aplica para la consulta externa especializada y los procedimientos de las especialidades críticas, partiendo del plazo operativo de 90 días naturales.

Este concepto se aplica en la Consulta Externa para cuando el paciente es atendido por primera vez en la especialidad y no cuando es caso subsiguiente.

Los esfuerzos realizados por la Institución van dirigidos a obtener plazos de espera cortos o orientados a obtener una agenda futura de espera.

De las numerosas estrategias destinadas bien a reducir el tamaño, bien a disminuir el tiempo o simplemente, orientadas a racionalizar la lista, están adquiriendo cierta importancia tres: *a)* la aplicación de tiempos de atención garantizada; *b)* la priorización de las listas en función de criterios explícitos, y *c)* la incorporación de estrategias para mejorar la indicación de una intervención o una prueba.

a) **Tiempos de atención garantizada** Estos proponen una mirada de la gestión de la lista de espera desde el aseguramiento, de forma que el ciudadano que va a entrar en lista de espera tiene derecho a percibir la prestación en un tiempo legalmente establecido. Pero su efecto beneficioso no se limita sólo a reconocer un derecho; los tiempos de garantía incorporan la idea de necesidad y de priorización según necesidad. La efectividad de esta estrategia dependerá: a) de la existencia de un sistema de priorización explícito y, por tanto, de la capacidad de discriminar a los pacientes en función de su necesidad (riesgo); b) de la capacidad organizativa de los centros, c) del acompañamiento de medidas de racionalización en la gestión de la lista de espera.

b) **Priorizar según criterios explícitos** Salvo las entradas urgentes en lista, la forma tradicional de gestionar la lista de espera no difiere de la utilizada en los puestos de un mercado: se atiende a quien primero llega. Priorizar según algún criterio explícito distinto del tiempo en lista permitiría no solamente evitar carga innecesaria de sufrimiento a personas o colectivos y reducir la morbilidad asociada, sino además resolver de forma más eficiente el desbalance entre la oferta y la demanda haciendo transparente la gestión. Por otra parte, los modelos utilizados permiten la incorporación de criterios sociales (vivir solo, tener personas a cargo, etc.) que modulan la priorización realizada en función de criterios clínicos.

Son numerosas las experiencias en países desarrollados y muy distintas las técnicas y los resultados obtenidos (I Peiro, 2000). Lo que la evidencia demuestra es que, para que funcionen, es necesario que: a) el sistema de priorización sea capaz de discriminar con un número de variables manejable; b) los criterios de priorización estén elaborados por los clínicos que los van a utilizar; c) los sistemas de información permitan una clasificación rápida de los pacientes, y d) sea posible reevaluar a los pacientes en lista.

C.) Mejorar las causas de referencias de los médicos Con la excepción de las colas producidas en las salas de espera de las Áreas de Salud y las que se producen en las puertas de urgencias, el resto de colas del sistema están mediadas por la decisión de un médico. Decisión que, como siempre, se toma en condiciones de incertidumbre con respecto al diagnóstico y pronóstico del paciente.

Parte de la lista de espera se genera por la dificultad de precisar la indicación quirúrgica o diagnóstica, por lo que es pertinente abordar este aspecto de forma prioritaria.

Es necesario y urgente, incorporar a la gestión de las listas de espera programas de capacitación de calidad de las referencias, utilizando estrategias educativas para la calidad de las indicaciones médicas. Esta estrategia funcionará si: *a)* existe una planificación explícita de la gestión del conocimiento dentro de la organización; *b)* los clínicos participan de forma activa en la elaboración de las indicaciones; *c)* existen sistemas de información que permitan medir los cambios, y *d)* se desarrolla un plan de formación alrededor de las herramientas de la gestión clínica.

Como en casi todos los problemas relevantes de política sanitaria, el oportunismo no suele aportar soluciones operativas y, mucho menos, estables; entretanto, la gestión inadecuada de las listas de espera sigue afectando seriamente a personas e induciendo posibles incrementos de sus riesgos sanitarios. Ha llegado el momento de hacer gestión y evitar el oportunismo político.

La propuesta de llevar a cabo la extensión de los horarios de la consulta externa para reducir los plazos de atención ha sido implementado en otros Hospitales la Dra. Ileana Balmaceda Arias, directora médica a.i. del HSJD, aseguró que desde octubre pasado inició un proceso de reestructuración de las jefaturas, al tiempo que efectuaron una depuración de la Consulta Externa, a fin de llevar orden a beneficio de los asegurados.

Apuntó que las acciones tomadas tienen el objetivo de agilizar y evitar las listas de espera.

Especialistas en Oncología, Ginecooncología, Ortopedia, Cardiología, Cardiovascular, Medicina familiar, Reumatología y Cuidados Paliativos fueron contratados por el centro médico, por lo que en cada uno de ellos laboran entre ocho y 12 horas, lo que contribuye a la reducción de las listas de espera y, por consiguiente, a una atención para la población.

“Se identificaron los servicios críticos, por lo que se procedió a aumentar las horas de consulta, para brindar más servicio a la población. Cada uno de los servicios se organiza de acuerdo con sus necesidades. Al mismo tiempo, se hizo una automatización de la Consulta Externa y se implementaron rampas y ventanillas poli funcionales para los asegurados y pacientes, por lo que en una sola ventanilla pueden realizar todos los trámites y sacar las citas que ameritan, sin tener que pasar de ventana en ventana”, reafirmó Balmaceda (Pinto J.L. 2000)

En otros países se ha implementado el modelo de las consultas vespertinas como sucedió en el Hospital José Carrasco Arteaga de Cuenca Ecuador (Internet. Ángel Escalera 2007), en donde por el incremento de consultas esta se amplió hasta las 17 horas en Oncología, Medicina Interna, endocrinología, Neurología, etc. Con esta medida se paso de atender 450 pacientes por día a 650 pacientes diarios.

Se debe tener claro el concepto de consulta vespertina es aquella que se realiza en horas de la tarde, luego de la finalización de jornada diurna, no debe de confundirse con las atenciones de urgencias.

Este tipo de consulta se ha utilizado en otros Países como España en lugares como Extremadura y Valladolid, Honduras, Ecuador, Guatemala, México con horario definido sobre todo en Ortopedia y en nuestro mismo País en lugares como el Hospital de Heredia en el Área de Salud de Heredia Cubujuqui (Internet Ángel Escalera 2007, Internet Miguel PíedeHierro 2004, Internet Hospital General de México 2008, Internet Periódico El Heraldó 2006), con buenos resultados. En estos lugares donde se ha implementado tienen la ventaja que los horarios de los Médicos nuevos que contratan llegan con horarios establecidos, lo que ha llevado a un aumento en la producción de la consulta a descongestionar los servicios de urgencias que se encuentran saturados y a disminuir los plazos de las listas de espera de los pacientes en la consulta externa (Internet Hospital General de México 2008, Internet Trabajo Dra. Maribel Lizarzábal, Internet María Isabel Solís Ramírez, 2007, E Bernal 2002).

VIII SITUACIÓN ACTUAL

En la actualidad, la consulta Externa del Hospital de San Ramón, se caracteriza por tener una política de apertura a la atención de los usuarios(as) externos de la Institución, al contar con Médicos Especialistas comprometidos con una excelente vocación y mística de su profesión.

Esta situación ha permitido que se atiendan pacientes de otras regiones que no pertenecen a la Red de servicios del Hospital de San Ramón. En el año 2002 se ofertaba 15 tipos de consultas, para el año 2007 se paso a 23 consultas especializadas y tres consultas de otros profesionales como psicología, audiometría anticoagulados, lo que ocasiona que en otras unidades de la Red de Occidente no exista capacidad resolutive, por lo que los usuarios llegan a solicitar atención en la consulta externa.

El panorama no es del todo oscuro. Algunas iniciativas de gestión se van abriendo paso y pueden entrar en la agenda de los próximos años. Así, cabe destacar la aplicación de tiempos de atención garantizada o la priorización de las listas en función de criterios explícitos.

Existe una RED de servicios de atención a los usuarios de este centro médicos que se presenta anexo 8, en la cual se delimita las áreas de Salud que deben de referir pacientes a este II nivel.

En el reglamento de seguro de salud en su artículo 18 se menciona la manera como la Institución atenderá a los usuarios quedando las siguientes áreas asignadas a el Hospital de San Ramón: San Ramón con una población de 85630 habitantes, Palmares 37293 habitantes y Alfaro Ruiz con 16906 habitantes para una población total de

139.829 habitantes que se beneficiaran con la atención en la consulta externa especializada y todos los servicios que el Hospital imparta.

Para disminuir las cifras de ausentismo, en la actualidad en algunas especialidades se procede a llamar a los pacientes para recordarles las citas, al tiempo que se establece un colchón, con lo que lo que no se afecta la agenda médica de los especialistas.

Este hecho produce malestar en nuestros usuarios al tener que esperar tanto tiempo para ser atendido por un médico especialista pensar en la posibilidad de tener que llevar a cabo un gasto

El análisis de los cambios implementados y las propuestas que se ofrecen para la atención de la población de San Ramón se exponen y se discuten el cual podría servir como modelo para ser implementado a nivel nacional en la Institución.

Se deja como un recurso último la consulta vespertina o prolongación de jornada ya que al no contar con suficiente recurso humano disponible en este momento, se tendría que cubrir con la modalidad de tiempo extraordinario lo que afectaría lógicamente esta partida presupuestaria; de la misma manera llevaría a un acuerdo con el personal que laboraría en la misma de su vida privada.

Con las medidas adoptadas según el presente análisis a finales del año 2002 en el Hospital de San Ramón se logró reducir los plazos de espera en algunas especialidades.

Se procede a analizar el sistema informático que es el SIIS encontrando algunas inconsistencias para llevar a cabo una buena gestión de listas de espera las cuales se ponen de conocimiento a los encargados de cómputo para poder llevar a cabo las mejoras correspondientes, (ver anexo 5).

Se encuentra que existen algunas especialidades ocho, como ORL, Dermatología, Psiquiatría, Ortopedia, vascular Periférico, Oftalmología, Urología y Cardiología que presentan plazos de espera mayor de 90 días, por lo que se plantean algunas medidas como son atender pacientes que sean solo del área de atracción, manteniendo en este aspecto el concepto de Red.

Si a pesar de no conseguirse los efectos deseados en la reducción de tiempo de espera se piensa en la posibilidad de una consulta vespertina o prolongación de la jornada labora en la consulta en especialidades criticas de 9 a 15 horas por lo menos tres veces por semana.

Se procede a analizar un poco la producción de estos años y los plazos de espera para llegar a dar un criterio acertado. Para finales del año 2002 se ofertaban consulta con 15 especialistas se impartieron 63906 consultas, con plazos de espera mayor de 90 días en ortopedia, urología, ORL, Oftalmología, Psiquiatría, Cardiología, Vascular Periférico y Dermatología. Para el año 2003 se impartió 41758 consultas en 15 especialidades de ellas 3785 correspondió a subsecuentes y 37886 de primera vez, se realizó apertura de 2620 expedientes nuevos en todo el año lo que corresponde a 655 de enero a marzo del 2003, los plazos de espera para finales de este año a mas de 90 días era para cirugía general, ortopedia, dermatología, Oftalmología y Psiquiatría.

Para el año 2007 se impartió 70697 consultas en 21 especialidades, de las cuales 18485 fueron subsecuentes y 52212 de primera vez, se realizo apertura de 2640 expedientes nuevos en todo el año y 660 en el primer trimestre, los plazos de espera para finales de este año a mas de 90 días correspondió a cardiología, ORL, urología, vascular periférico.

Para el primer trimestre del año 2008 se han atendido 16545 pacientes, 724 subsecuentes y 15821 de primera vez, lo que proyecta a atender 66180 consultas en el año, además se han abierto 1863 expedientes nuevos en el trimestre lo que proyecta 7452 en el año, los plazos de espera se encuentran a mas de 90 días solamente en ORL, Urología .

Como resultado de las medidas adoptadas y dando seguimiento a las mismas después de cinco años se ha logrado reducir los plazos de espera en seis especialidades donde eran superiores a 90 días.

A pesar de los cambios y darles seguimiento se ha encontrado que existen algunos problemas como son duplicación de pacientes en las listas de espera.

Además se ha encontrado que se atienden pacientes que no son del área de atracción, según corte de lista de pacientes en espera para ser atendidos del 1 de abril al 31 de diciembre del 2007 existían 58024 de los cuales 46036 o sea 89% son del área de atracción y 11988 (21%) no son del área de atracción, este mismo periodo de tiempo para el 2008 encontramos que existen 27890 con 21946(79%) son del área de atracción y 5944 (21%) no son del área de atracción, manteniéndose la relación de pacientes que no son del área de atracción que se atienden en la consulta externa.

Un aspecto importante de tomar en cuenta es que existe una capacidad instalada que no se le da la utilidad adecuada, ya que al edificio de la consulta se le da una utilidad que es de 9 horas diarias.

Los tiempos de espera prolongados para asignación de citas en la consulta externa provoca disconformidad en los clientes externos e internos, afectando también los plazos de espera para cirugías electivas en algunas especialidades lo que puede

ocasionar inconvenientes legales a la Institución e incrementando el problema socio económico de la sociedad.

De acuerdo al último corte de espera de la consulta externa especializada realizado el 16 de abril del 2008, de 22 especialidades que imparten consulta, existe plazos de espera superior a 90 días en 2 especialidades, para un 9 %, del total de consultas. (ver Anexo 5).

Estas especialidades imparten mensualmente 5892 consultas lo que indica que su producción en la jornada habitual es aceptable, además su aprovechamiento y rendimiento en la consulta externa es de 84%.

A pesar de las medidas existen en estas especialidades la siguiente cantidad de pacientes para ser atendidos por primera vez:

Especialidad	Numero De Pacientes Nuevos	Plazo de Espera en días
Total	2624	
Urología	1112	337 Días
ORL	1512	311 Días

Fuente SIIS, H. Dr. C. L. V. V.

En resumen se pueden mencionar los siguientes aspectos relevantes de la situación actual:

1. Los médicos llevan agendas de consulta paralelas, lo que dificulta detectar la realidad de los tiempos de espera.
2. Una de las primeras medidas fue diseñar un programa para poder llevar agendas únicas de consulta que estas fueran electrónicas y así corregir el hecho de que cada medico llevar su agenda de la consulta, hecho que se implemento a finales del año 2002.
3. Anteriormente los usuarios acudían con las referencias para obtener su cita, lo que ocasionaba malestar a los usuarios, ya que algunos debían de viajar de largas distancias, por lo que se implementó el flujo grama de referencias de las diferentes Áreas de Salud de atracción hacia la Consulta Externa, ahora las Áreas envían las referencias con lista y las mismas son valoradas por los Jefes de Servicio e indican el tiempo de otorgamiento de la cita.
4. Algunos servicios como Rayos X y otros manejan sus propias agendas lo que ocasiona malestar en los usuarios al tener que andar sacando citas por todo lado, por lo que se esta trabajando en incorporar las agendas de Rayos X, EKG, Psicología, Pruebas de Esfuerzo, Holter, US Ginecológico y general en un ventanilla única y evitar que los pacientes tengan que andar sacando citas por varios lugares.
5. Algunos Médicos especialistas no presentaban programación anual de vacaciones y/o permisos para congresos u otras actividades, a pesar de varias solicitudes a todas las jefaturas de Servicio solicitándoles la programación anual,

lo que ocasiona suspensiones frecuentes de la consultas afectando la atención de usuarios, por lo que todo permiso debe de ser autorizado por el Jefe de Consulta Externa en forma escrita.

6. Se observo que existía algunas referencias de baja calidad del I nivel hacia la consulta externa especializada, por lo que se solicita a las diferentes jefaturas de Servicio la confección de Protocolo de Referencias para la consulta externa el I nivel de atención, mismos que se envían a los diferentes Directores de Áreas para que sean de conocimiento de sus colaboradores. De esta manera el jefe de la Consulta Externa y las diferentes Jefaturas de Servicio las referencias que no cumplen con lo mencionado en los protocolos serán devueltas a los respectivo I niveles mejorando así la calidad de referencias.
7. Existía la duda si pacientes se encontraban repetidos en las citas asignadas por lo que se implemento un instrumento para depurar las listas de espera lo que redujo en forma importante algunos plazos de espera en algunas especialidades.
8. En algunas especialidades criticas como ORL, urología, psiquiatría existen códigos para poder nombrar a otro especialista, pero a pesar de los esfuerzos realizados no se consiguen los profesionales a nivel nacional para poderlos nombrar lo que hace que existen plazos de espera prolongados.
9. En algunas especialidades si esta lo permite, se implemento un día por semana para consulta de casos nuevos, logrando disminuir los plazos de espera.
10. En el Hospital de San Ramón al igual que en muchos otros centros del país existe escasez de Médicos especialistas en algunas especialidades y subespecialidades por lo que los tiempos para asignación de citas en la consulta externa se prolongan.

11. Se logra depurar con apoyo de informática las listas de pacientes que se encuentran en listas de espera para ser atendidos encontrando que de 20473 pacientes pertenecen al área de atracción 13747 (67%) y 4128 (33%) no pertenecen al área de atracción de nuestro Hospital.
12. A pesar de todas las medidas implementadas anteriormente todavía existen plazos de espera mayor de 90 días en algunas especialidades. Por lo anteriormente es que presento este trabajo para tratar de reducir listas de espera en especialidades críticas y beneficiar a los usuarios.
13. El arreglo con los sindicatos en ciencias médicas como lo estipula el artículo 108 de dicha normativa
14. Se atienden pacientes que no son del área de atracción del Hospital de San Ramón.
15. En el anexo 9 se puede observar el comportamiento en la producción de la consulta desde el año 2000 hasta el 2007 y como el costo de la misma ha ido en aumento cada año.
16. De igual manera se observa en el anexo 10 el comportamiento del ausentismo y las sustituciones en la consulta externa en un periodo de cinco años.

IX PROPUESTA DE SOLUCIONES

1. Deben darse tres condiciones antes de publicar las listas:
 - Los indicadores deben ser válidos y fiables, y por tanto, entre otras cosas, deben estar ajustados por variables relevantes.
 - La información publicada debe permitir tomar decisiones (publicar números absolutos por servicio, o por patología, etc. no aporta información relevante para el paciente que espera).
 - Debe existir posibilidad de cambiar de lista de espera (de lo contrario, carece de interés para el ciudadano y no aporta incentivos para mejorar).
2. La evolución trimestral del número de pacientes en listas de espera puede representarse fácilmente por una curva sinusoidal. De esta manera se puede medir el comportamiento de la misma en algún momento determinado
3. La coordinación entre la atención primaria o primer nivel y la del segundo nivel o especializada sigue en el mismo lugar desde hace años, si bien todos consideran que es uno de los puntos críticos para la gestión de las colas. La clave radica en que la atención primaria debe ser más resolutive y, para ello, debe dedicar más tiempo a añadir valor al proceso asistencial, a incrementar el valor predictivo de la prueba positiva de los especialistas y a disminuir toda actividad encaminada a potenciar la medicalización de la vida cotidiana, por ejemplo, no enviar pacientes al especialista sin una historia clínica completa y sin un diagnóstico de presunción basado en pruebas o por no hacer pasar por la consulta a todas las mujeres menopausias con independencia de la existencia o no de problemas de salud.

En vista a que las personas funcionan como un continuo asistencial, los cuidados deben organizarse de forma que no esté separada la gestión de ambos niveles asistenciales.

4. Depurar las listas de espera de pacientes repetidos en la consulta, con la finalidad de excluir aquellos que se encuentren repetidos y así dejar espacios disponibles para los pacientes, obviamente esto requiere tiempo ya que se debe emitir listado de los mismos y realizar correcciones en las agendas de igual manera llamar a los pacientes.
5. Depurar a pacientes que no corresponden a la RED, solo para casos excepcionales que no se pueden atender en otros Hospitales de la Red Institucional, como son cirugías complejas de ortopedia. Ya que se atienden pacientes de otras regiones y se mantienen por mucho tiempo en la consulta una vez resuelto su problema se deben de contra referir a su lugar de origen, de acuerdo al concepto de red.
6. Resultados de encuestas a Directores, funcionarios de la consulta externa y usuarios externos e internos, Es primordial para saber si están de acuerdo y contar con su colaboración en una eventual consulta vespertina-
7. El propósito es que especialidades críticas como ORL, Urología impartan consulta vespertina mínimo tres veces por semana de 4 de la tarde a 10 de la noche, iniciando a partir septiembre del 2008 disminuyendo los plazos de espera a finales del mes de diciembre del 2008.
8. Una estrategia ineludible para gestionar las listas de espera consiste en atenuar los problemas derivados de la incertidumbre (o ignorancia) con respecto al diagnóstico o al pronóstico de los pacientes a la hora de emitir las referencias.

9. Valorar implementación de consulta vespertina, en lo referente a estudio de costo, costo beneficio, cantidad de pacientes a atender, opinión de los usuarios de la misma y su aceptación.
10. Entre las medidas que se pueden adoptar es la realización de un flujo grama de las referencias a las diferentes ofertas de servicios en la consulta externa, para que sean las referencias las que viajen y no las pacientes (ver anexo 4)
11. Recursos Humano necesario tanto profesional como de servicios de apoyo para poder llevarse a cabo

X IMPLEMENTACION DE LAS PROPUESTAS

1. Al existir pacientes en espera con citas duplicadas, que no corresponden al área de atracción y que tienen patología resuelta de otros lugares como son cirugías y pacientes con patologías que no corresponden a cierta especialidad como por ejemplo lumbalgia en cardiología, se debe de implementar algún sistema para poder depurar las listas de espera de pacientes duplicados y los pacientes que no son del área de atracción.
2. Existen especialidades con plazos de espera largos, por lo que se deben implementar ciertas acciones que permitan acortar los tiempos de espera a las(os) usuarias(os) externos e internos como puede ser la consulta vespertina o prolongación de jornada laboral.
3. En ciertas especialidades críticas donde solo existe un especialista, a pesar de las medidas no se ha logrado reducir los plazos de espera por lo que se puede pensar en un programa para que algunos pacientes clasificados se continúen atendiendo en el primer nivel.
4. El hecho de que en algunas especialidades no se logre disminuir los plazos de espera en la atención de los (as) usuarios(as), a pesar de medidas adoptadas como son la incorporación de los flujo gramas de referencias, mejoramiento de la calidad de referencias con los protocolos que se deben de seguir, educación a los médicos de los primeros niveles en materias específicas, depuración de listas de espera con utilización de agendas únicas, implementación de consulta horaria, aumento de sustituciones de pacientes ausentes, aumento en las altas de pacientes, reasignación de citas de pacientes dobles o con dos citas asignadas en el mismo servicio en determinado tiempo, aumento en las altas o

contrarreferencias de pacientes atendidos, hace pensar en la posibilidad de implementar las normas de referencias de los pacientes.

5. Al atender pacientes en Red se debe fortalecer las mismas con realización de alianzas estratégicas con diferentes unidades para que esta funcione en forma equitativa y no exista recargo de funciones e inestabilidad de clima laboral.
6. El numeral anterior se correlaciona con clima laboral y organizacional en cierto grupo de funcionarios por lo que se debe pensar en refuerzo de personal, ya que se cuenta con 12 secretarias desde el año 2002 y donde se han incrementado la oferta de servicio en la consulta externa pasando de 15 en el 2002 a 21 en el 2008, con incremento en el numero de pacientes que se tiene que abrir los expedientes de 2620 en el 2003 a 1863 en el primer trimestre del 2008, lo que proyecta 7452 expedientes nuevos, una diferencia 4832 con relación al 2003, lo anterior esta muy relacionado con la atención de usuarios de otros lugares lo que afecta todos los aspectos de servicios de apoyo produciendo malestar en el cliente interno y mal clima laboral y organizacional, en casos de consulta criticas ver la posibilidad de crear una consulta vespertina como ultimo recurso para reducir los plazos en especialidades criticas tomando en cuenta que debe de hacerse con recurso financiero por tiempo extraordinario si fuera del caso.
7. Debemos pensar cual es la opinión de los usuarios externos, internos y del personal de la consulta sobre la posibilidad de una consulta vespertina, por lo que se realiza y analiza encuesta, teniendo el calculo del total de pacientes nuevos pendientes de atender en la consulta externa específicamente ORL, que corresponde a 1512 pacientes nuevos y sus plazos se encuentra a 337 días en ORL, para dejar los plazos al día se requiere de 7 meses 8 días con un gasto de

22. 151 661 colones. La otra especialidad crítica es urología donde tenemos a fecha de corte del día 16 de abril del 2008, existen 1112 pacientes que tienen que esperar 311 días para ser atendidos en la consulta externa.
8. Para la implementación de la consulta vespertina, se debe de tener en cuenta las siguientes consideraciones: a) Del análisis de determina que dos especialidades criticas son ORL y urología b) si tenemos que impartir entre ambas especialidades por un tiempo de 126 días 2624 consultas implica que el costo de cada consultas es de 12894.01 colones y se tendrían plazos de espera al día. Para el año 2007 en ambas especialidades se impartieron 6732 consultas con un costo por consulta de 17531.62 colones.
9. Debemos Una vez obtenidos los resultados de ambas encuestas donde obtenemos criterio de los usuarios con relación a su interés o no de este tipo de consultas y teniendo el calculo del total de pacientes nuevos pendientes de atender en la consulta externa específicamente ORL, que corresponde a 1512 pacientes nuevos y sus plazos se encuentra a 337 días en ORL, para dejar los plazos al día se requiere de 7 meses 8 días con un gasto de 22. 151 661 colones. La otra especialidad crítica es urología donde tenemos a fecha de corte del día 16 de abril del 2008, existen 1112 pacientes que tienen que esperar 311 días para ser atendidos en la consulta externa.

10. Pensar en este tipo de consulta vespertina o prolongación del horario, se debe de tomar cual modalidad de remuneración se utilizara, por lo que se llega a concluir que se debe de utilizar pago con tiempo extraordinario por lo que se procede a realizar el calculo del tiempo que se tardaría y el gasto económico que representaría. La consulta vespertina seria de 4 a 10 de la noche pagándole como jornada extraordinaria, la cual seria un 12% de su salario total.

1. Se realizo el cálculo de cuantos meses se tardara en poner al día los plazos.

Calculo de Tiempo

2 pactes por hora-----1 hora $X = 1512 / 2 = 756$ horas
 1512 pacientes-----X
 1 día se atienden-----6 hrs. $X = 756 / 6 = 126$ días
 X días-----756 hrs.
 1 mes-----22 días $X = 126 / 16 = 7$ meses 8 días
 X-----126 días
 1 día.....12 pactes $X = 22 \times 16 = 192$ pactes por mes
 16 días.....X

11 Otro aspecto importante a tomar en cuenta es la cantidad de recurso humano que se requiere para la implementación de la consulta y lograr una atención integral con características de: calidad, oportunidad, confiabilidad, eficiencia.

Por lo anterior se procede a desglosar el personal que se requiere como mínimo para su implementación:

PERSONAL	CANTIDAD	SALARIO TOTAL MENSUALES	EXTRAS CORRIENTES SALARIO ENTRE FACTOR 118. 22	SALARIO POR DIA 6 HRS	SALARIO 16 DIAS
COSTO TOTAL	05	3.463981		175. 806,85	2. 812 909,4
MEDICO	01	1. 826818	15 452, 70 POR HORA	92 716.19	1.483 459.04
AUXILIAR CONSULTORIO	01	400860	3390.79	20 344.78	325. 516,48
LIMPIEZA	01	362970	3070.29	18. 421,76	294. 748,08
GUARDA	01	390234	3300.91	19.805,48	316. 887,69
AUXILIAR DE ENFERMERIA	01	483099	4086.44	24.518,64	392. 298,28

XI CONCLUSIONES

1. Los plazos de espera de la consulta externa son un problema no solo de este país sino internacionalmente.
2. Se puede llegar a controlar las listas de espera en nuestro sistema de Seguridad Social.
3. Por los problemas analizados, existe recargo de labores de funcionarios lo que lleva a inadecuado clima organizacional y malas relaciones laborales que puede llevar a recargo de funciones con incapacidades y aumento del gasto convirtiéndose en un círculo vicioso.
4. La consulta vespertina como tal es de buen agrado para los usuarios del sistema, no se debe confundir con atención de urgencias como se esta haciendo en muchas de nuestra unidades de la Institución.
5. El costo de la misma por concepto de tiempo extraordinario no es tan alto para el beneficio que se obtiene en salud y satisfacción del usuario.
6. Es una solución transitoria cancelada por tiempo extraordinario ante la escasez de recurso humano profesional, hasta no se pueda realizar con recurso humano fresco.
7. Existió impacto positivo en seis (75%) de las especialidades que presentaban plazos de espera a más de 90 días y fue negativo el impacto en dos (25%), ya que en el año 2003 seis especialidades presentaban plazos mayores de 90 días y en el I trimestre del 2008 solo dos.

8. Se debe de inyectar recurso humano fresco sobre todo en el área de Redes, para reforzar la atención del usuario externo y poder depurar listas de espera, cambiar citas telefónicamente, llamar pacientes para sustituir ausentes y una serie de ajustes a las agendas de la consulta diariamente.

XII RECOMENDACIONES

1. Se deben depurar las listas de espera de pacientes repetidos, para poder reducir los plazos de espera y dar mayor espacio para citar a los pacientes.
2. Se debe de atender solamente pacientes como lo estipula de RED o bien implementar alianzas estrategias con otras unidades de otras redes, en el sentido que se puede atender el paciente y una vez resuelto su problema agudo darlo de alta a su respectiva área de adscripción, además de contemplar el apoyo de recurso financiero
3. Se requiere recurso humano de personal de Redes para labores de depuración y apoyo logístico, ya que se cuenta con solo doce funcionarios desde hace 10 años y se a incrementado el numero de consultas y los expedientes nuevos que se abren en la consulta.
4. Se debe de incluir en los presupuestos de los Hospitales el concepto por consulta vespertina o por lo menos realizar la reserva presupuestaria, en unidades que realizan esfuerzos para disminuir los plazos.
5. En forma periódica, mensualmente o el tiempo que se crea conveniente se debe de emitir informes de la consulta para ser analizado con las jefaturas de cada servicio para tomar medidas correctivas sobre los plazos de las misma.
6. Se debe de tomar en consideración en el presupuesto anual los gastos por concepto de adecuación de listas de espera en la consulta externa, el cual debe ser analizado por las jefaturas correspondientes para la toma de decisiones gerenciales de la misma.

7. Se debe de clasificar y evaluar la calidad de las referencias de las pacientes de un nivel a otro, para ello es importante tomar en cuenta el diagnostico e incluir el concepto de peligrosidad de la misma para no someter a riesgo al usuario.
8. Debe de existir compromiso de las autoridades para evitar incremento en el gasto de las partidas presupuestarias y del clima laboral y ambiente organizacional.
9. Se debe de otorgar mayor independencia y capacidad de decisión a los Jefes de la Consulta externa a nivel nacional específicamente en poder gestionar las listas de espera en cada unidad de trabajo.
10. Se debe ser más riguroso con el control de la consulta horaria al igual que la sustitución de pacientes ausentes en la consulta externa.
11. Se debe respetar la atención en base a la RED, con alianzas estratégicas ya que de lo contrario se afecta el presupuesto de las unidades por afectación de servicios de apoyo.
12. Capacitación a médicos de los primeros niveles por parte de cada especialidad con que cuenta el centro de atención en el manejo de ciertas patologías y protocolos de referencia, implementando un programa anual de educación continua y dar importancia a los motivos de referencia.
13. Educación a la población sobre el abuso de la consulta externa, por parte de trabajo social o con programas radiales u otros.
14. Capacitación a jefaturas de servicio en aspectos gerenciales y toma de decisiones, por parte del GAT de cada centro o por parte del CENDEISSS.
15. La creación de la consulta vespertina para la atención de los pacientes con largos plazos de espera en términos de costo beneficio es sumamente

importante para el usuario e institucionalmente no es significativo, ya que durante el año 2007 las dos especialidades críticas en el año 2007 impartieron 6732 consultas con un costo de 17531 cada una y en la vespertina en 4 meses se atenderán 2624 consultas a un costo de 12897 colones cada una y el beneficio de los usuarios es alto tomando en cuenta si en ellos existe patologías de riesgo como puede ser un cáncer.

XIII BIBLIOGRAFÍA

1. REGLAMENTO DEL FUNCIONAMIENTO DE LA UNIDAD TÉCNICA DE LISTAS DE ESPERA (Aprobado en el artículo 11 de la sesión N° 7552, celebrada el 31 de mayo del año2001).
2. Internet Cuenca, Ecuador Lunes, 21 de Abril del 2008 Hospital del IESS en incertidumbre, 27-12-2007.
3. Internet. Ángel Escalera El 25% de los médicos de Hospital tendrán que trabajar por la tarde. 12-01-2007. Málaga España
4. Internet Miguel Piedehierro. Mejoras en la Atención Primaria Doce Médicos del ambulatorio pasarán consultas por la tarde. 09-01-2004 Extremadura España
5. Internet Periódico el Heraldó CMH cuestiona las consultas vespertinas, 21 de marzo del 2006 Honduras
6. Internet Hospital General de México. Horario de Atención del Servicio de Ortopedia 21- 04-2008 México
7. Internet Trabajo Dra. Maribel Lizarzábal La evaluación del desempeño como alternativa a la baja productividad de los servicios públicos de salud en Venezuela. Experiencia en un servicio de Gastroenterología
8. Internet Maria Isabel Solís Ramírez Caja Toma medidas de contingencia para atender emergencias en Heredia 21-07-2007
9. E Bernal Ha llegado la hora de la gestión de listas de espera? Gac Sanit 2002;16(5):436-9
10. I Peiró S. Algunos elementos para el análisis de las listas de espera. Gest Clin San 2000;2:126-31.

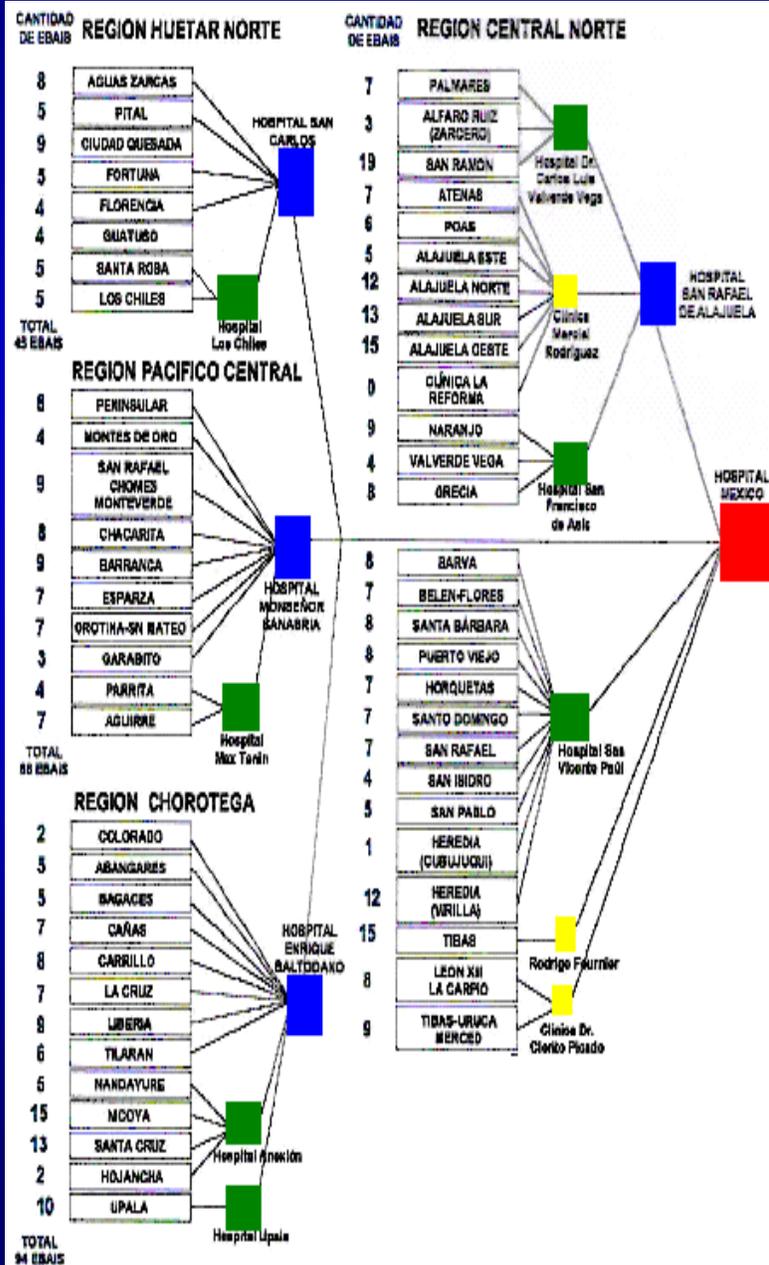
11. I Spallargues M, Gallo P, Pons JMV, Sampietro-Colom L. Situación y abordaje de las listas de espera en Europa. Informe técnico IN/O4/2000. Barcelona: Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques, 2000.
12. Pinto JL, Rodríguez E, Castells X, Gracia X, Sánchez FI. Establecimiento de prioridades en la cirugía electiva. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 2000.
13. Normas que regulan las relaciones laborales, científicas, académicas, profesionales en Medicina, microbiología, Farmacia, Odontología y Psicología Caja Costarricense de Seguro Social y Unión Médica nacional y Sindicato de Profesionales en ciencias Médicas de la CCSS e Instituciones Afines Sindicales 2004

XIV ANEXOS

ANEXO N 1



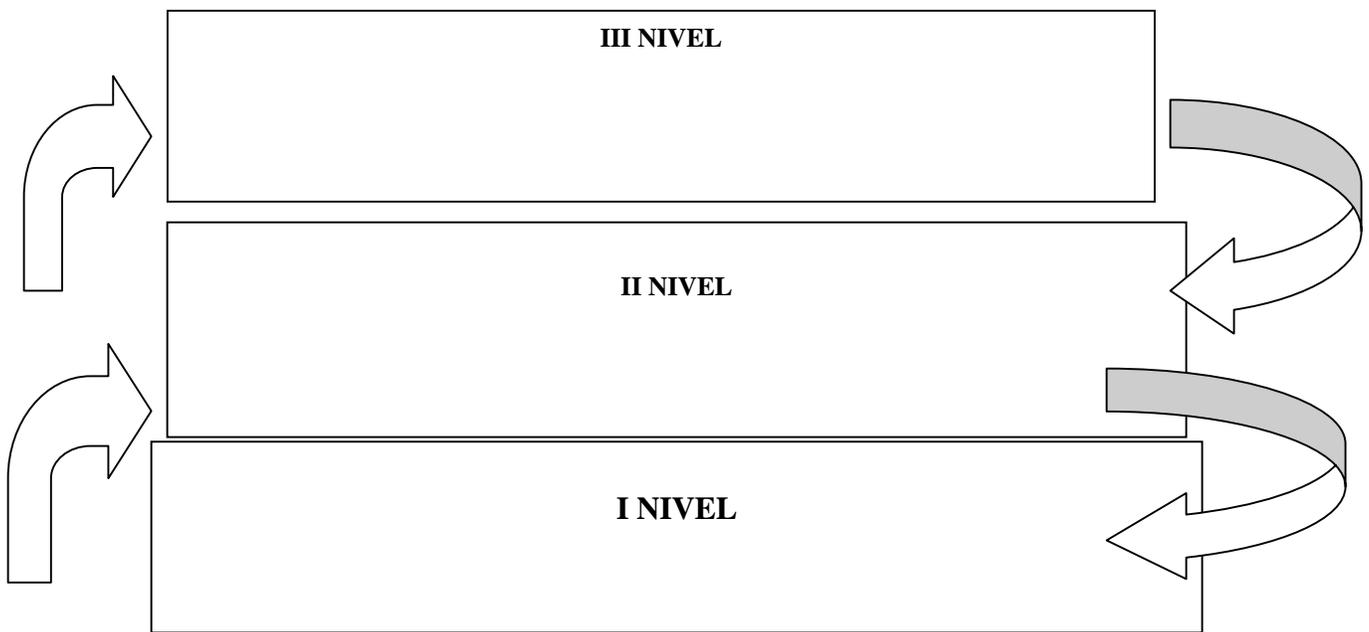
Caja Costarricense de Seguro Social



HOSPITAL MEXICO

ANEXO No 2

FLUJOGRAMA DE REFERENCIAS

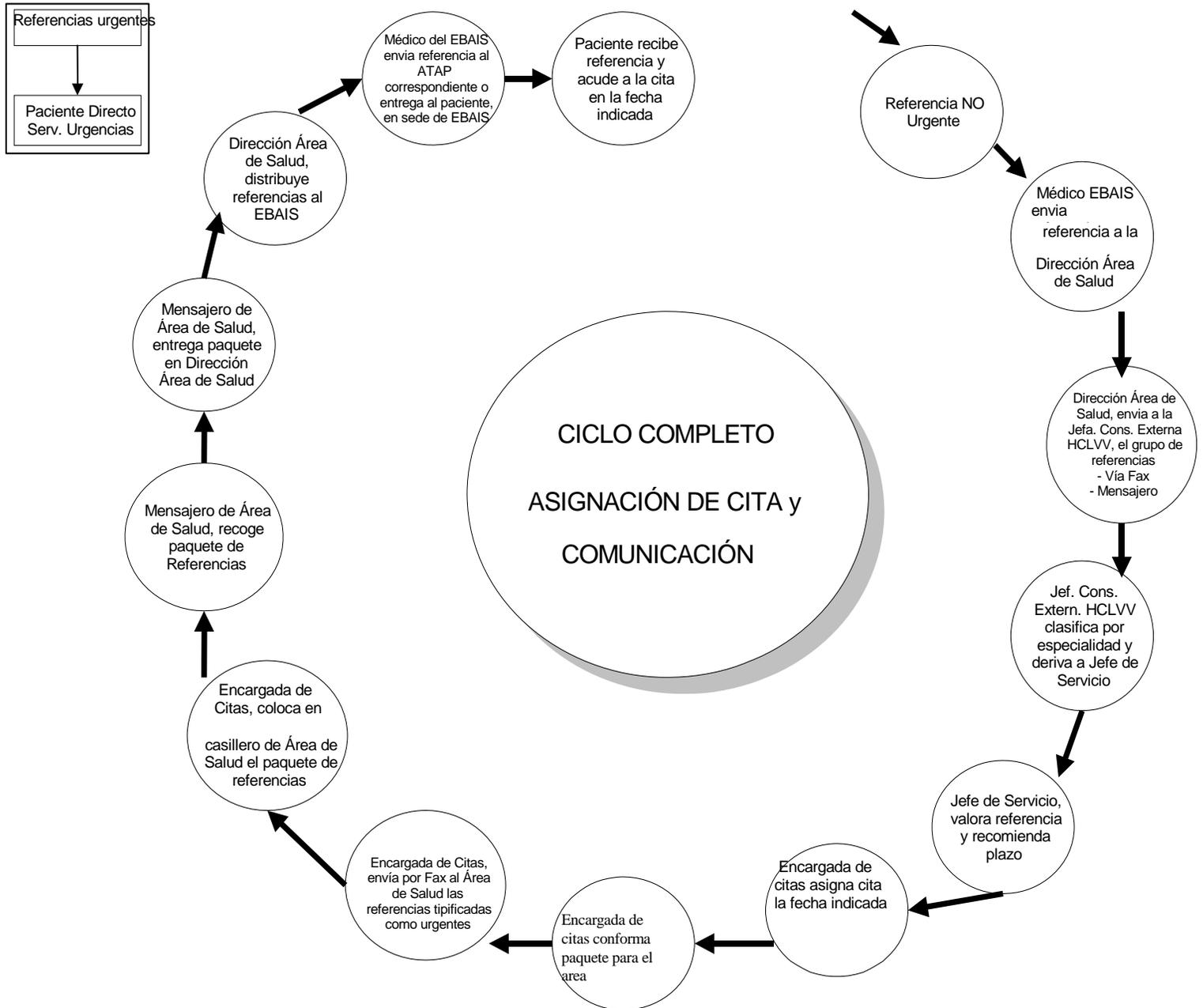


ANEXO No 3**NUMERO DE ESPECIALISTAS
HOSPITAL DR. CARLOS L. VALVERDE VEGA**

ESPECIALIDADES	ESPECIALISTAS
TOTAL	32
MEDICINA INTERNA	02
CARDIOLOGÍA	01
DERMATOLOGÍA	02
GASTROENTEROLOGIA	01
GERIATRIA	01
PSIQUIATRIA	01
REUMATOLGIA	01
CIRUGÍA GENERAL	02
CLINICA MAMA	01
VASCULAR PERIFÉRICO	01
UROLOGÍA	01
UROLOGÍA	01
ORL	01
ORTOPEDIA	02
OFTALMOLOGÍA	02
CLINICA MAMA	01
FISIATRIA	01
CIRUGÍA PEDIATRICA	01
GNECOLOGIA	02
ARO	02
COLPOSCOPIA	01
NEONATOLOGÍA	01
PEDIATRIA	02
LACTANCIA MATERNA	01

ANEXO No 4

Flujograma de Referencias a Consulta Especialidad



ANEXO No 5

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL

HOSPITAL DR. CARLOS L. VALVERDE V.

JEFATURA DE CONSULTA EXTERNA

HCLVV-JCE-018-08
24 de enero 2008

Señorita
Ing. Carmen Suárez G.
Coordinadora Dpto. de Informática
HCLVV
S.O.

Estimada señorita.

ASUNTO: Sistema información Gerencial por parte del SIIS

Esta Jefatura de Consulta Externa en relación al asunto indicado, luego de realizar análisis y/e informes gerenciales de la Consulta Externa planteo a su persona algunas inquietudes que considero deben ser tomadas en cuenta para implementar en el SIIS, con la finalidad de convertir este sistema en un sistema gerencial y no solo en un sistema transaccional .

Se adjunta listado de inquietudes para ser tomadas en cuenta.

Atentamente.

Dr. Edgar Segura Sáenz
Jefatura Consulta Externa

ANÁLISIS DE SISTEMAS INFORMATICOS MEDISYS Y SIIS EN LA CAJA COSTARRICENSE DEL SEGURO SOCIAL

Se procede a realizar análisis comparativo de dos sistemas informáticos existentes en la Caja Costarricense de Seguro Social en nuestro País. Este análisis es desde el punto si es funcional y cumple con las expectativas de **Sistema de Información Gerencial (SIG)**, basándose para ello primero en un **Sistema Transaccional**.

En el presente análisis, se tomo en cuenta el Sistema Integrado de Información en Salud (SIIS), mismo que funciona en el Hospital Dr. Carlos L. Valverde Vega y la aplicación MEDISYS, que opera en el Hospital México.

Existen diferencias en ambos sistemas informativos que iremos exponiendo sus fortalezas y debilidades, así como las mejoras al mismo en su respectivo análisis:

1. El SIIS es un sistema creado por una empresa privada que contrato la Institución, dirigido por le centro de Gestión Informática de la Gerencia Médica y la Coordinadora del proyecto ha sido la Dra. Jefe de ese centro; por lo tanto, su implementación a nivel institucional es relativamente de bajo costo; así como su mantenimiento. Mientras que el MEDISYS es totalmente privado su instalación y su mantenimiento. Por lo que los centros de salud que lo quieran implementar deben casarse con la empresa privada.
De lo anterior, se deduce que si se realizan algunas mejoras al SIIS en relación al otro sistema se obtendrían mayores beneficios a bajo costo, desde el punto de vista costo beneficio.
2. Una debilidad desde el punto de vista Gerencial del SIIS con relación al MEDISYS y que debería de implementarse es la Gestión de citas de los servicios de apoyo, como son Rayos X, Laboratorio, electrocardiografía, Ultrasonido, colonoscopias, gastroscopios, audiometrías, etc, para tener control cruzado con las citas que tienen los (as) usuarios (as) en las diferentes especialidades, evitándole de esta manera inconvenientes a los mismos, además de poder gerenciar mejor los plazos de espera.

3. Usualmente en todos los **archivos** de la Institución cuando sale un expediente no se deja registrado en ningún sistema de cómputo donde existe el SIIS el control del tiempo y ubicación para donde fue enviado el expediente clínico, lo que ocasiona inconvenientes en ocasiones, situación que si la tiene el MEDISYS. Por lo anterior se debería de crear un sistemas de código de barras, para identificar cada expediente clínico y mediante un lector de código de barras, se pueda registrar automáticamente la información del mismo (número de identificación, nombre paciente, fecha de nacimiento, a la especialidad a la que se envía, etc). Con la finalidad de poder determinar donde están ubicados los expedientes (consultorios o salones), y en caso de que un paciente tenga dos o más citas el mismo día, con diferente especialista, le sea más fácil al personal de archivo poder identificar en forma automática, a través del sistema donde está ubicado el expediente, así mismo, este módulo debería tener la capacidad de contar con alertas y generar listados de los expedientes que no han regresado al archivo en un tiempo dado, con el fin de darle seguimiento a los mismo. El sistema debe permitir, llevar el control del archivo de los expedientes por secciones, subsecciones y el orden ascendente de los expedientes.

4. Con relación al **otorgamiento de citas médicas** se encuentran las siguientes debilidades:
 - El SIIS no tiene un reporte de el porcentaje de citas a futuro (cita Previa) por especialidad y medico por hora, lo cual es importante para la gerenciación de las listas de espera, por lo que debe de incorporarse este icono en el SIIS.
 - Para hacer análisis de producción de cada especialidades que imparten consulta, es importante contar con datos de programación para rendir informes gerenciales a diferentes niveles de la Institución por lo que es importante poder representar gráficamente los horarios por día, mes o anualmente de la consulta y el SIIS no tiene este reporte, que si lo existe en la aplicación MEDISYS
 - Para controles de morbilidad de la población que asiste a la consulta Médica de la Institución, es importante poder saber para toma de decisiones la edad y el genero de cada usuario (a) que asiste a la misma. (Se requiere un reporte gerencial de pacientes, por genero, edad y sexo)

- Es importante desde el punto de vista gerencial en lo que se refiere a la toma de decisiones y análisis de producción que el SIIS pudiera generar y representar en forma grafica en la Formula 180 la siguiente información: aprovechamiento, rendimiento, ausentismo, sustituciones , porcentaje de sustituciones y número de contrarreferencias emitidas o altas dadas. Este último es importante para gerenciar los plazos de la consulta externa.
5. En el **área de urgencias** se puede encontrar los siguientes aspectos importantes:
- Reporte estadístico, que permita determinar el tiempo de estancia de un paciente en observación para ser resuelto su problema de salud, así como establecer el tiempo que tarda un paciente para ser atendido para la toma de decisiones.
 - Reporte gerencial, que permita tener la estadística mensual, anual o por período de los casos, que son atendidos en el servicio de Urgencias por dependencia a drogas, alcohol u otras sustancias. Con el fin de que se muestre en forma gráfica esta información y porcentual.
6. En el área de **Hospitalización**, se debe implementar un módulo que permita llevar el control automatizado de los procedimientos, tratamientos, diagnósticos y otros aspectos, cuando el paciente está hospitalizado en alguno de los salones del centro médico. De igual forma que lo realiza el SESS (Sistema de Egresos de Servicios de Salud); lo anterior, con el fin de no tener que digitar toda la información en otra aplicación, sino más bien que el SIIS, registre esta información y genere cada uno de los reportes que brinda el SESS.

ANEXO No 6

**CAJA COSTARRICENSE SEGURO SOCIAL
JEFATURA CONSULTA EXTERNA
HOSPITAL DR. CARLOS LUIS VALVERDE VEGA**

07 de abril 2008.

Señores
Dr. Juan José Solís Vargas
Director a.i. Hospital
Dra. Alexandra Lobo Lobo.
Directora Área de Salud Palmares
Dr. Bolívar Alfaro R.
sub.-Director Área de Salud San Ramón
Dr. Luis Blanco R.
Director Área de Salud Alfaro R.
Presente.

Asunto: Consulta vespertina de algunas especialidades

Estimados señores:

En relación al asunto indicado en el epígrafe le solicito su colaboración en llenar la siguiente encuesta para tesis de Gerencia de Servicios de Salud del suscrito .

1.¿ Estaría usted de acuerdo en implementar la consulta vespertina en aquellas especialidades cuyos plazos de espera sean mayores a 90 días?

SI NO

2.¿ favor externa o emitir criterio respecto a la misma?

atentamente,

Dr. Edgar Segura Sáenz

ANEXO No 7

**ENCUESTA DE CONSULTA VESPERTINA A LOS FUNCIONARIOS DE LA
CONSULTA EXTERNA**

1.¿ Estaría usted de acuerdo en laborar tiempo extra con consulta después de las 4 de la tarde?

SI NO

2.¿ Le gustaría que el horario fuera de 4 a 9 de la noche?

SI S

ANEXO 8

ENCUESTA DE CONSULTA VESPERTINA A LOS USUARIOS DE LA CONSULTA EXTERNA

1.¿ Estaría usted de acuerdo en que se asignara una cita medica con especialista después de las 4 de la tarde?

SI NO

2.¿ Le gustaría que el horario fuera de 4 a 9 de la noche?

SI S

ANEXO No 9

COSTOS CONSULTA EXTERNA ESPECIALIZADA

2000- 2007

CONCEPTO	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
CONSULTAS	54148	50033	58049	72708	81021	79558	70213	70697
COSTO / CONSULTA	6.141 Colones	5.463 Colones	6.388 Colones	6.317 Colones	4.956 Colones	4.876 Colones	11.590 Colones	17.531,62 Colones

Fuente Anuarios Estadísticos Costos C.C.S.S., Oficina Costos Hospital San Ramón

ANEXO 10

COMPORTAMIENTO HISTORICO DE AUSENTISMO Y SUSTITUCIÓN DE LA CONSULTA EXTERNA ESPECIALIZADA

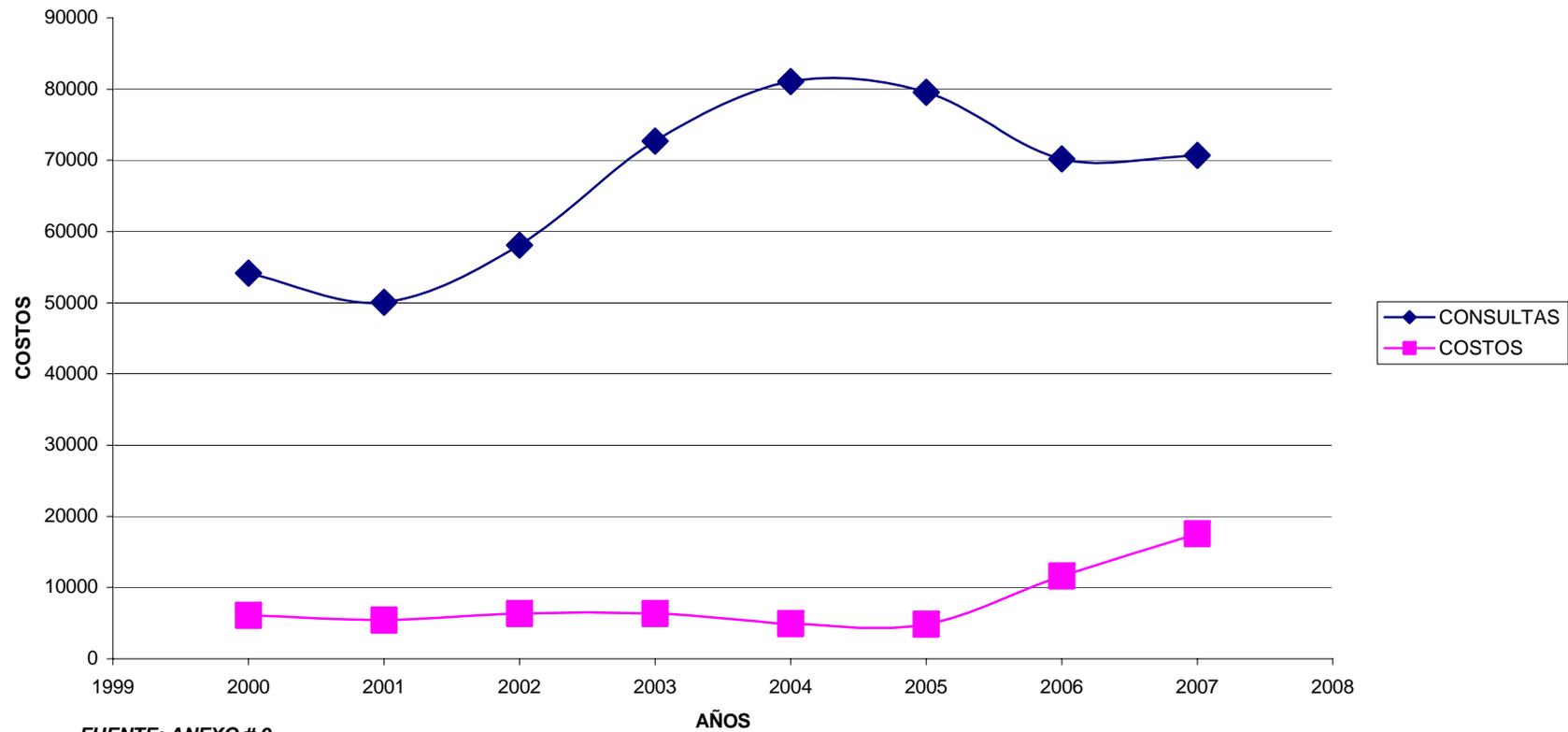
2003-2007

CONCEPTO	2003	2004	2005	2006	2007
Consulta Pactadas	56908	81238	82000	78000	72800
Consulta Logradas	72708	81021	79558	70213	70697
Ausentes	6404	9772	10714	17969	18767
Sustituidas	4249	4756	4048	7244	6866
Porcentaje de Sustitución	66.3%	48.7%	37.8%	40.3%	36.6%
Contrarreferencias Emitidas	3993	12666	5323	5767	6172

Fuente Evaluación PAO 2003 al 2007

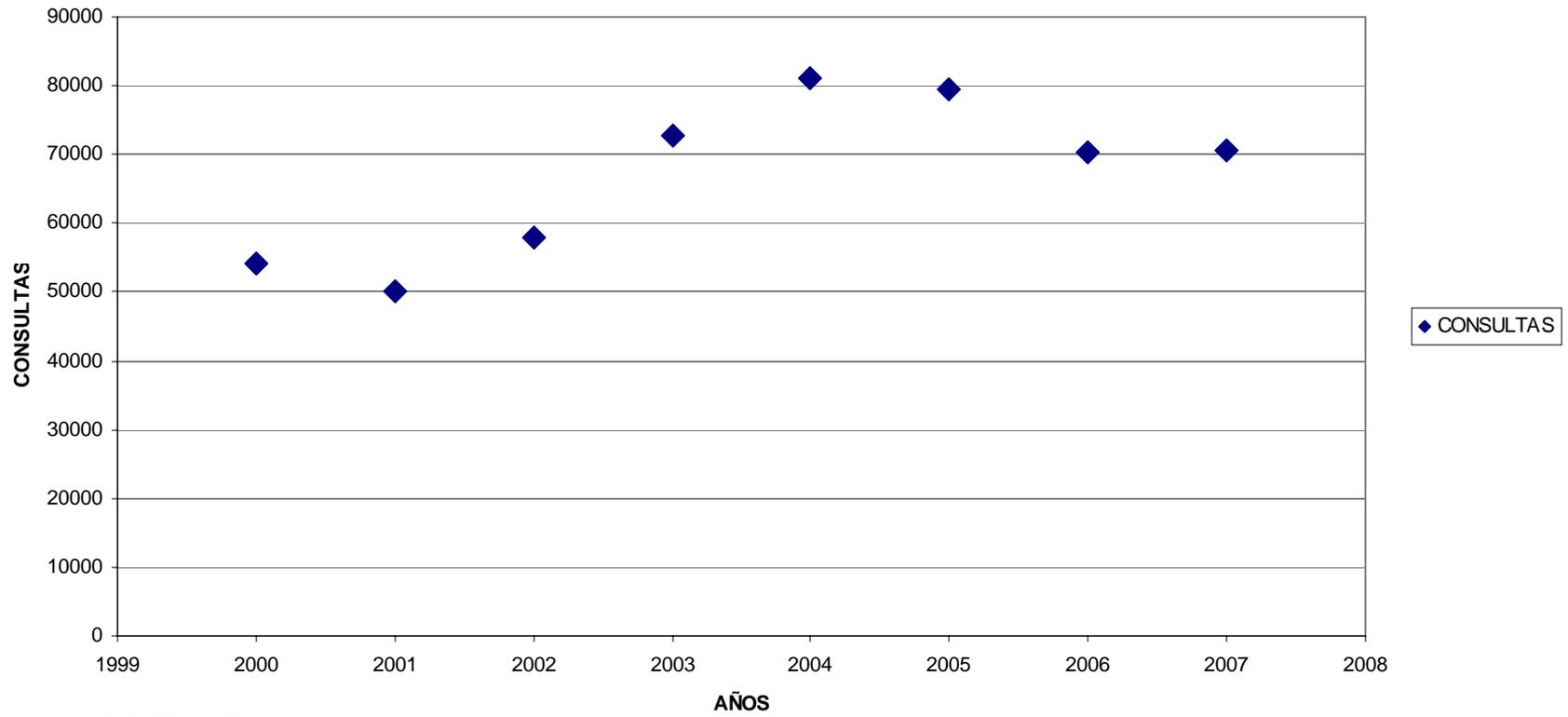
XV GRÁFICOS

GRAFICO # 1
COSTOS DE CONSULTA EXTERNA AÑO 2000 A 2007



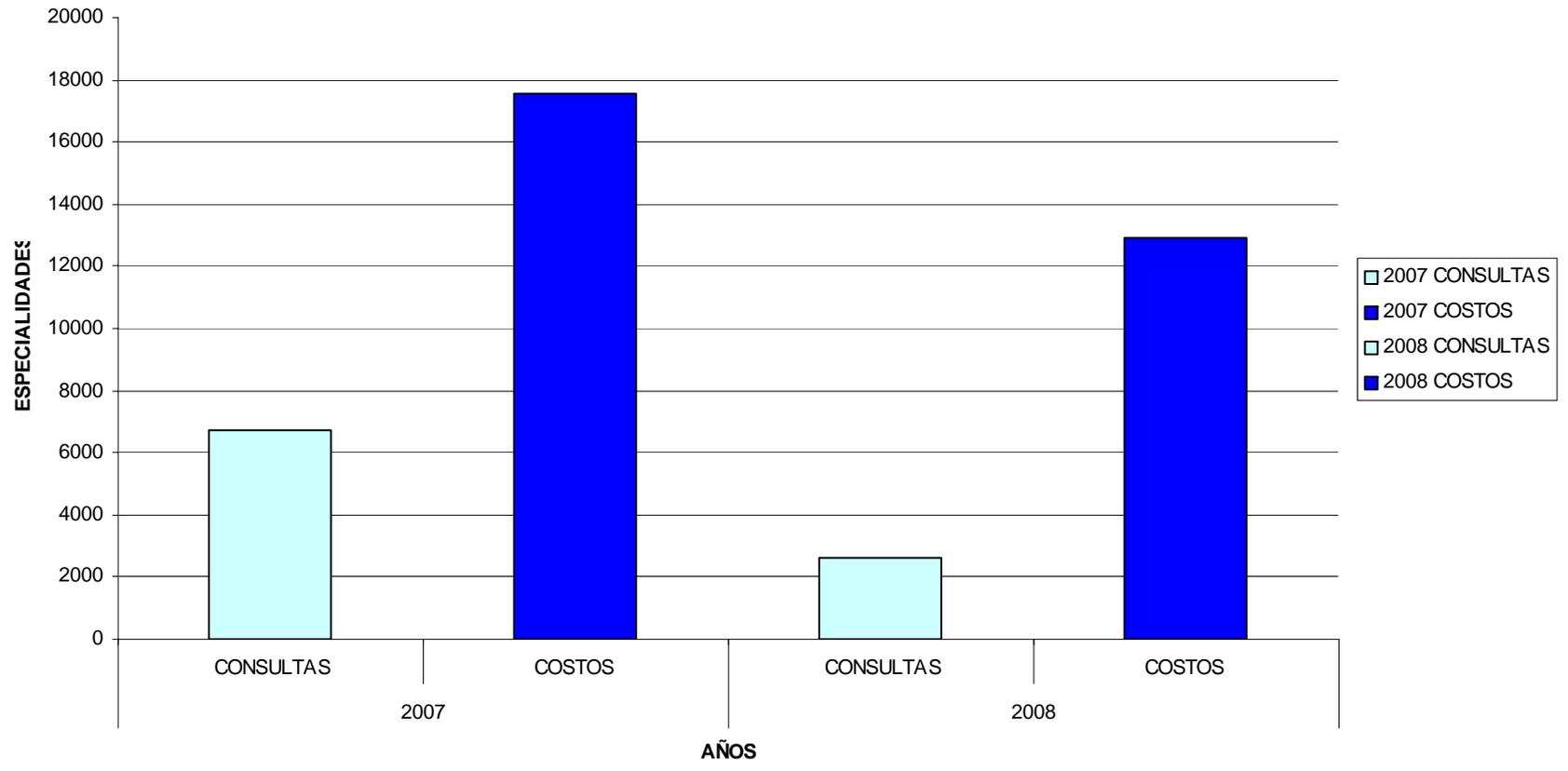
FUENTE: ANEXO # 9

GRAFICO # 2
CONSULTAS ESPECIALIZADAS AÑO 2000 AL 2007



FUENTE: ANEXO # 9

COSTOS CONSULTA 2007 Y PROYECCION CONSULTA VESPERTINA 2008



PLAZOS DE CONSULTA DE ACUERDO A CONSULTAS OFERTADAS 2002 VRS 2008

