

**INSTITUTO CENTROAMERICANO DE ADMINISTRACION PÚBLICA
ICAP**



ESPECIALIDAD EN ADMINISTRACION DE SERVICIOS DE SALUD

PROGRAMA DE GERENCIA MODERNA I GESTION DEL CAMBIO EN SALUD

“Implementación del sistema de cirugías vespertinas, como medida alternativa de manejo de las listas de espera de procedimientos quirúrgicos ambulatorios en el Hospital Dr. Fernando Escalante Pradilla”

Dr. José Arturo Bogantes Cruz

San José, Costa Rica

Junio, 2008

Agradecimientos

Un agradecimiento infinito al Instituto Centroamericano de Administración Pública por ofrecerme tan selectivo grupo de profesores, todos de alta excelencia académica y que compartieron sus conocimientos sin egoísmo alguno.

Al Dr. Alexis Rodríguez Madrigal y a mi jefe el Dr. Arturo Bonilla Montero por su apoyo incesante y por sus consejos de grandes sabios de la administración.

Un último agradecimiento al Máster Carlos Zúñiga por sus valiosos aportes y gran interés en la realización de este proyecto. Carlitos eres un funcionario de mucha entrega e insustituible en el ICAP.

Dedicatoria

“A mis padres que me dieron la vida y la posibilidad de ser un profesional médico y a Dios por guiarme por el camino correcto”

Resumen Ejecutivo

Desde el año 2006 el Hospital Escalante Pradilla ha reducido su capacidad resolutive en cuanto a la producción de cirugías.

Dos son los problemas principales que han ayudado a incrementar esa problemática. El primero ha sido la falta de planificación del recurso humano especializado porque algunos profesionales concluyen su vida útil laboral y no se encuentra recurso humano disponible para sustituirlos. El segundo problema es la renuncia de profesionales médicos especialistas a la institución ya que dichos profesionales prefieren laborar en el mercado privado, donde nuestra institución no puede competir con los incentivos salariales en tan floreciente y reenumerado mercado.

Por lo tanto las lista de espera en cirugía se han incrementado provocando el descontento generalizado de la población que esperan con ansias que el hospital le resuelva sus enfermedades, no logrando la institución poder ofrecer un servicio oportuno y de calidad a los usuarios.

Este proyecto impulsa la implementación del sistema de cirugías vespertinas como medida alternativa del manejo y la disminución de las listas de espera por medio de procedimientos quirúrgicos ambulatorios, ya que estos procedimientos son de menor complejidad resolutive.

Tabla de Contenido

INTRODUCCIÓN	1
A. Breve Reseña Histórica.....	1
B. Misión y Visión del Hospital Escalante Pradilla.....	4
C. Justificación del Proyecto.....	5
D. Alcances y limitaciones del Proyecto.....	6
CAPITULO I	7
1. Marco Teórico.....	8
1.1 Horarios no Tradicionales.....	8
1.2 Lista de espera en Cirugía.....	10
1.3 Cirugía Ambulatoria.....	10
1.4 Requisitos para los pacientes que utilicen Cirugía Ambulatoria.....	11
CAPITULO II	14
2. Metodología.....	15
2.1 Fuentes de Información.....	15
2.2 Procedimiento.....	15
CAPITULO III	16
3. Diagnostico de la situación actual.....	17
3.1 Especialidades quirúrgicas.....	18
3.2 Cirugías pendientes por especialidad.....	19
3.3 Cirugías Ambulatorias pendientes por especialidad.....	20
3.4 Cirugías totales y Ambulatorias.....	21
CAPITULO IV	23
4. Propuesta de solución.....	24
4.1 Desarrollo del Proyecto.....	24
4.2 Distribución del número de días por mes y especialidad.....	27
4.3 Sistema de pago para cirugía en horario no tradicional.....	29
4.4 Equipo de trabajo.....	29
4.5 Indicadores y Evaluación.....	30
CAPITULO V	31
5. Implementación de soluciones.....	32
CAPITULO VI	34
6.1 Conclusiones.....	35
6.2 Recomendaciones.....	36
BIBLIOGRAFIA	38
ANEXOS	39
Anexo N° 1.....	40
Anexo N° 2.....	41
Anexo N° 3.....	42
Anexo N° 4.....	43

INTRODUCCIÓN

A. BREVE RESEÑA HISTÓRICA del Hospital Escalante Pradilla

El Hospital Escalante Pradilla ofrece los servicios de Consulta Externa en Medicina General, Consulta Externa de Especialidades Médicas, Servicio de Emergencias, Servicio de hospitalización médico-quirúrgica y una Unidad de Cuidados Intensivos para los pacientes críticos. La fundación del hospital en sus inicios Hospital San Isidro, se remonta a la época en que se construía la carretera Interamericana en la sección Cartago- San Isidro. La compañía Martín Co. Una de las empresas constructoras de la vía, tenía un pequeño campamento para la atención de sus empleados en la margen derecha del río Jilguero, sector sureste de la ciudad de San Isidro de El General. Esta compañía al finalizar sus trabajos vendió las instalaciones en suma simbólica. Esta acción marcó el nacimiento del Hospital San Isidro el 20 de junio de 1950. Con dos médicos y escaso personal paramédico y administrativo. El esfuerzo personal de don Fausto Barbóza Robles permitió la construcción de la Morgue del hospital en 1963. hasta 1964 producto de las necesidades y al apoyo de las comunidades se aumentó el número de profesionales, seis médicos, también se iniciaron operaciones de cirugía mayor. En ese momento se crearon oficinas de cobros, Servicio Social, Banco de Sangre, Anestesia, Estadística y la implementación de un comité de ayuda al hospital cuya primera sesión el 23 de junio de 194 siendo su presidenta Doña Gloríela Mora de Mena

De octubre de 1975 en adelante con motivo del traslado del hospital a la Caja Costarricense de Seguro Social se aumento el número de funcionarios de equipo y de mobiliario. Para el domingo 14 de agosto de 1977, financiado por contribuciones de patronos, trabajadores, el Estado y un favorable préstamo concedido por la Kreditanstalt de la República de Alemania y negociado por el Dr. Fernando Escalante Pradilla cuyas primeras instalaciones del hospital actual fueron bendecidas por el Obispo de la Diócesis de San Isidro de El

General, Monseñor Ignacio Trejos Picado, se declara oficialmente inaugurado por el entonces Presidente de la República Lic. Daniel Oduber Quirós y en vísperas del día de la madre, a las diez de la mañana.

Inicialmente este hospital contó con 173 camas y 430 funcionarios, contando con especialidades como Ginecología, Urología, Psiquiatría, Ortopedia, Cirugía General, Medicina Interna, Pediatría y Medicina General. El primer Director Médico lo fue el Dr. Jorge Ramírez Beirute y la Administración se le encomendó al Master Danubio Bedoya Borge, la Dirección de Enfermería continúa bajo la responsabilidad de la hoy Licenciada Leonor Ángulo Peraza. Actualmente nuestro Director Médico es el Dr. Alexis Rodríguez Madrigal.

Este nuevo hospital de 14000 metros cuadrados de construcción inició con un presupuesto anual del momento de 19 millones; quince médicos de planta y con la proyección de habitantes del momento de 72168. En julio de 1983 producto del terremoto su planta física fue seriamente afectada requiriendo una fuerte inversión en su reconstrucción.

ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL DEL HOSPITAL DR. FERNANDO ESCALANTE PRADILLA

El Hospital Escalante Pradilla es de categoría regional, que recibe pacientes referidos de toda la región sur del país

Figura N°1 Ilustra la estructura organizacional principal del Hospital Escalante Pradilla



Ver cronograma completo Anexo 1

B. MISIÓN Y VISIÓN DEL HOSPITAL FERNANDO ESCALANTE PRADILLA

El Hospital Dr. Fernando Escalante Pradilla se encuentra ubicado en el cantón de Pérez Zeledón, en la provincia de San José, 135 kilómetros al sur del gran Área Metropolitana.

La Visión es lograr que el Hospital Escalante Pradilla consolide equipos de trabajo con buenas relaciones humanas y alto espíritu de compromiso con la seguridad social de este país, para cumplir con la tarea encomendada con eficiencia y eficacia, buscando la satisfacción del cliente.

La Misión es brindar atención integral de la salud y promover su conservación con el individuo, la familia y la comunidad y el ambiente, a los diferentes grupos de población del cantón de Pérez Zeledón.

El Hospital Dr. Fernando Escalante Pradilla es un Hospital regional y que además de dar cobertura a la población del cantón generaleño que se estima es de 136 293 habitantes, es un Hospital de referencia para toda la población de la zona Sur del país; pues recibe pacientes de las diferentes Clínicas y Hospitales de los cantones de Buenos Aires, Osa, Palmar, Corredores, Golfito y San Vito.

C. JUSTIFICACIÓN DEL PROYECTO

El descontento general de la población que espera con impaciencia el ser llamado de la lista de espera de cirugías para resolver los problemas quirúrgicos que padecen y que desean que sean resueltos con prontitud.

La saturación que se existe actualmente en el Servicio de Observación del Hospital de los pacientes que esperan cama en los Servicios de hospitalización crean descontento en los usuarios y recargo de labores del personal médico, paramédico y administrativo, que podrían ocasionar casos de mal praxis o negligencia médica.

Además cada vez es más frecuente en la Sala Constitucional obligue a la institución, al Hospital, a la Jefaturas de Cirugía y al personal médico a intervenir y resolver la patología quirúrgica que adolece a los usuarios cuando estos ganan los recursos de amparo resueltos favorablemente por la Sala Constitucional.

En la actualidad existen 4851 cirugías en espera de espacio para su ejecución, de las cuáles 2002, es posible realizarlas bajo la modalidad propuesta.

El motivo de este proyecto es implementar un Sistema de Cirugía Vespertina, como medida alternativa de manejo y acortamiento en tiempo en las listas de espera de cirugías en el Hospital Escalante Pradilla.

El aumento de la población en general, el incremento de los pacientes recibidos de otros Centros asistenciales, y el aumento de patologías que ameritan resolución quirúrgica han creado que las listas de espera de los pacientes que necesitan cirugía sean más distante en tiempo, provocando un gran malestar de la población en general que desean una pronta resolución de sus problemas médico-quirúrgicos

D. ALCANCES Y LIMITACIONES DEL PROYECTO

Los alcances de este proyecto es acortar el tiempo de espera y mejorar la satisfacción al usuario, al resolver con prontitud sus patologías quirúrgicas.

Existen algunas limitantes para este proyecto. Entre ellas la escasez de recurso humano especializado (por ejemplo falta de anestesiólogos), enorme rotación del personal de Sala de Operaciones, falta de capacitación al personal de Sala de Operaciones y podemos mencionar además el reglamento de disponibilidad de médicos especialista que actualmente rige en la Caja Costarricense del Seguro Social.

Una manera paulatina y segura de resolver el problema actual del crecimiento desmedido de las lista de espera en cirugía; es implementar el sistema de cirugías vespertinas como medidas alternativas en listas de esperas de procedimientos quirúrgicos ambulatorios.

Esta modalidad de cirugía al ser de baja complejidad nos permite programar un mayor número de cirugías por día acortando considerablemente el tiempo de espera de cada cirugía.

Existen algunas limitantes para este proyecto. Entre ellas los escasos de recurso humano especializado (por ejemplo falta de anestesiólogos), enorme rotación del personal de sala de operaciones, falta de capacitación de sala de operaciones.

Además el reglamento de disponibilidades de médicos especialistas que actualmente rigen en la Caja Costarricense de Seguro Social, ya que el mencionado reglamento limita la acción del médico especialista, el cual faculta al médico a decidir si valora pacientes o no, ya que solo serán valorados aquellos pacientes que son considerados de emergencia quirúrgica. Por último otra limitación importante es el poco incentivo económico que se les ofrece a los médicos especialistas

CAPITULO I

MARCO TEORICO

CAPITULO I

1. MARCO TEORICO

Se pretende identificar de manera general las variaciones en los costos y su influencia en las finanzas de la salud, relacionados con el procedimiento de pago del tiempo extraordinario, o sea guardias médicas, comparándolo con lo que sería el pago de jornadas no tradicionales que implica acumulación de horas laborales con la apertura de nuevas plazas

1.1 HORARIOS NO TRADICIONALES

La Caja Costarricense del Seguro Social tiene normado tres turnos tradicionales de trabajo que son:

6 a.m. a 2 p.m.

2 p.m. a 10 p.m.

10 p.m. a 6 a.m.

El tiempo extraordinario de trabajo es aquel que labora un trabajador fuera de su jornada tradicional, este tiempo tiene una mejor remuneración económica que la jornada ordinaria de trabajo. Las jornadas de trabajo son distintas para los diferentes profesionales en ciencias médicas. Por ejemplo, los enfermeros tienen roles de trabajo mensuales o semanales en los cuales se rotan por periodos los turnos difíciles o poco atractivos de las noches. Estos cambios no están normados para los médicos.

En algunas instituciones las jornadas de trabajo de los empleados se acomodan un tanto diferentes, no por jornadas de trabajo si no por periodos de trabajo seguidos con su consecuente acumulación de horas y posteriormente se remunera con tiempo libre.

La Caja del Seguro Social no cuenta con este sistema, por tal motivo cuando es necesario cubrir una jornada extra de trabajo se remunera económicamente y se trabaja tiempo extraordinario, a pesar de los problemas físicos y errores que el cansancio pueda dar.

Además de los errores a los que un médico o profesional en medicina incurra por la falta de sueño, también el tiempo extraordinario genera una gran carga económica para la institución.

La Gerencia Médica de la Caja ha creado un gran número de plazas para reducir el tiempo extraordinario y incurrir en un menor gasto, pero las jefaturas de las diferentes unidades terminan, en la mayoría de los casos, cambiando el horario de trabajo a dichas plazas, logrando con esto desvirtuar el fin para lo cual la plaza fue creada. Generalmente la causa por la que se cambia el horario es por complacencias personales, apenas justificadas.

Si se desea proponer una modalidad diferente de trabajo es necesario contar con la aprobación de la Junta Directiva de la Caja y posiblemente será necesario contar con el punto de vista de la Unión Médica, que en última instancia pueda que se apruebe la nueva modalidad de trabajo como la acumulación de horas.

1.2 Lista de espera en Cirugía

Podemos definir lista de espera en Cirugía a aquella lista o registro a cuyos pacientes previa valoración por médicos tratantes se determina que su patología debe ser corregida mediante un procedimiento quirúrgico, pero que debido a la demanda excesiva, falta de recurso humano, planta física insuficiente y por escasez de presupuesto; la capacidad de respuesta es superior a los 90 días.

Se toman como prioritarios para la programación de las cirugías los siguientes aspectos:

Tiempo de espera en tiempo y en derecho.

El grado de prioridad que determine el médico tratante.

Interés mostrado por las personas en que se les resuelva con prioridad sus procedimientos quirúrgicos pendientes.

1.3 Cirugía Ambulatoria

Es aquel tipo de cirugía cuyo procedimiento es de baja complejidad en tiempo y en riesgo. Es un tipo de cirugía que ha tomado auge en los últimos tiempos pues disminuye los costos, su estancia hospitalaria es menor a doce horas, acortando el tiempo de estancia, minimiza las contaminaciones o infecciones intrahospitalarias y genera mayor bienestar al usuario al mantenerlo en su entorno.

1.4 Requisitos obligatorios para los pacientes que utilicen el Sistema de Cirugía Ambulatoria

- ✦ Acudir a la Cirugía al día y a la hora programada.
 - ✦ Debe traer carné y orden patronal.
 - ✦ Haber realizado exámenes preoperatorios y valoración por Medicina Interna.
 - ✦ El paciente debe estar sano: sin tos, gripe, fiebre, diarrea o brotes en su piel.
 - ✦ Baño general minucioso el día de la cirugía.
 - ✦ Debe vestirse con ropa cómoda, no llevar alhajas ni objetos de valor. Las mujeres no deben llevar maquillaje en la cara ni esmalte en las uñas.
- Indicaciones médicas: las personas con presión alta, azúcar en la sangre, alérgicos o que reciben algún medicamento en especial deben comunicarlo al médico o a la enfermera. Suspender la ingesta de aspirina ocho días antes de la cirugía. Tomar tratamiento la hipertensión arterial con poco agua el día de la cirugía.
- ✦ No debe ingerir ningún tipo de alimento, líquido o sólido desde las ocho de la noche del día anterior.
 - ✦ Debe traer un acompañante, sin niños, para que colabore en su vestimenta y el cuidado de sus pertenencias, y ayudar al familiar de acuerdo a indicaciones de la enfermera.
 - ✦ Antes de ser llevado a Sala de Operaciones debe asegurarse el usuario de guardar la dentadura postiza. Debe orinar antes de ir a la cirugía.

1.5 Costos del Proyecto

Para efectos prácticos los costos se definieron en Costos Directos (Salarios) e indirectos (Insumos, Servicios de Apoyo, Servicios Complementarios, Gastos Administrativos y otros) y se calcularon de la siguiente manera:

Costos Directos

Dado que el sistema de pago define un porcentaje del salario total, se tomaron salarios reales de los funcionarios de cada especialidad y servicios y se calculó un promedio de cada uno de los componentes del equipo de trabajo, de manera que se identifica un costo diario y un costo por cada cirugía realizada por especialidad y equipo de trabajo. El pago se hará según lo establecido en el sistema de pago de Cirugías Vespertinas, calculándose un 14.25% sobre el salario total del profesional médico y del resto del equipo de trabajo **(Anexo 2)**

Costos Indirectos

Para definir los costos relacionados con insumos, servicios complementarios y de apoyo, materiales y suministros de oficina, gastos administrativos, servicios públicos y

otros, se tomó como base el sistema de costos institucional, específicamente la información relacionada al servicio de Cirugía General y los costos extremados para el año 2008 para cada uno de los rubros, los cuales fueron divididos entre el número total de instancias (día cama ocupado) para calcular el costo individual de la instancia hospitalaria en dicho servicio, asignando este costo a cada uno de los casos que ingresen al programa de Cirugía Vespertina. **(Anexo 3)**

A razón de lo anterior aunque mucho de los costos considerados bajo esta clasificación, pueden considerarse como Directos al realizar un cálculo bajo la modalidad del prorrateo se pueden clasificar como Costos Indirectos.

Costos Totales

El Costo Total del proyecto es el siguiente: **(Anexo 4)**

Costos Directos c 54,383.124,00

Costos Indirectos c 46,535.701,00

Costo Total c100.918.825,00

1.6 Técnicas de programación

Para explicar la técnica de programación utilizada en la lista de espera en cirugía se utilizara un flujograma primario

Figura N°2 Pasos para asignar una cirugía programada ambulatoria



CAPITULO II

METODOLOGÍA

CAPITULO II

2. METODOLOGÍA

2.1 Fuentes de Información

Primarias

La fuente primaria son los documentos, registros estadísticos, informes u otros relacionados con el trabajo diario y el análisis situacional en salud que realizan los encargados de Registros Médicos, Consulta Externa y Enfermería.

Secundarias

La fuente secundaria son los libros, revistas, artículos, folletos y documentos web entre otros, relacionados con el tema

2.2 Procedimiento

Se recolectará la información necesaria en la base de datos de los sistemas de informática utilizados por el hospital y por la institución. Una vez valorado el paciente por el médico de cada especialidad quirúrgica se le otorga una boleta que es completada por una secretaria la cual lleva datos como: nombre completo del paciente, número de cedula, dirección exacta, la especialidad y el tipo de procedimiento quirúrgico a realizar. Posteriormente ingresa a la base de datos en estadística, se archiva y por último es la Unidad Gestora de Cirugías la cual evalúa y programa las cirugías. Esta Unidad tomara algunos aspectos importantes y prioritarios para la programación de cada una de las cirugías pendientes

CAPITULO III
DIAGNOSTICO DE LA
SITUACIÓN ACTUAL

CAPITULO III

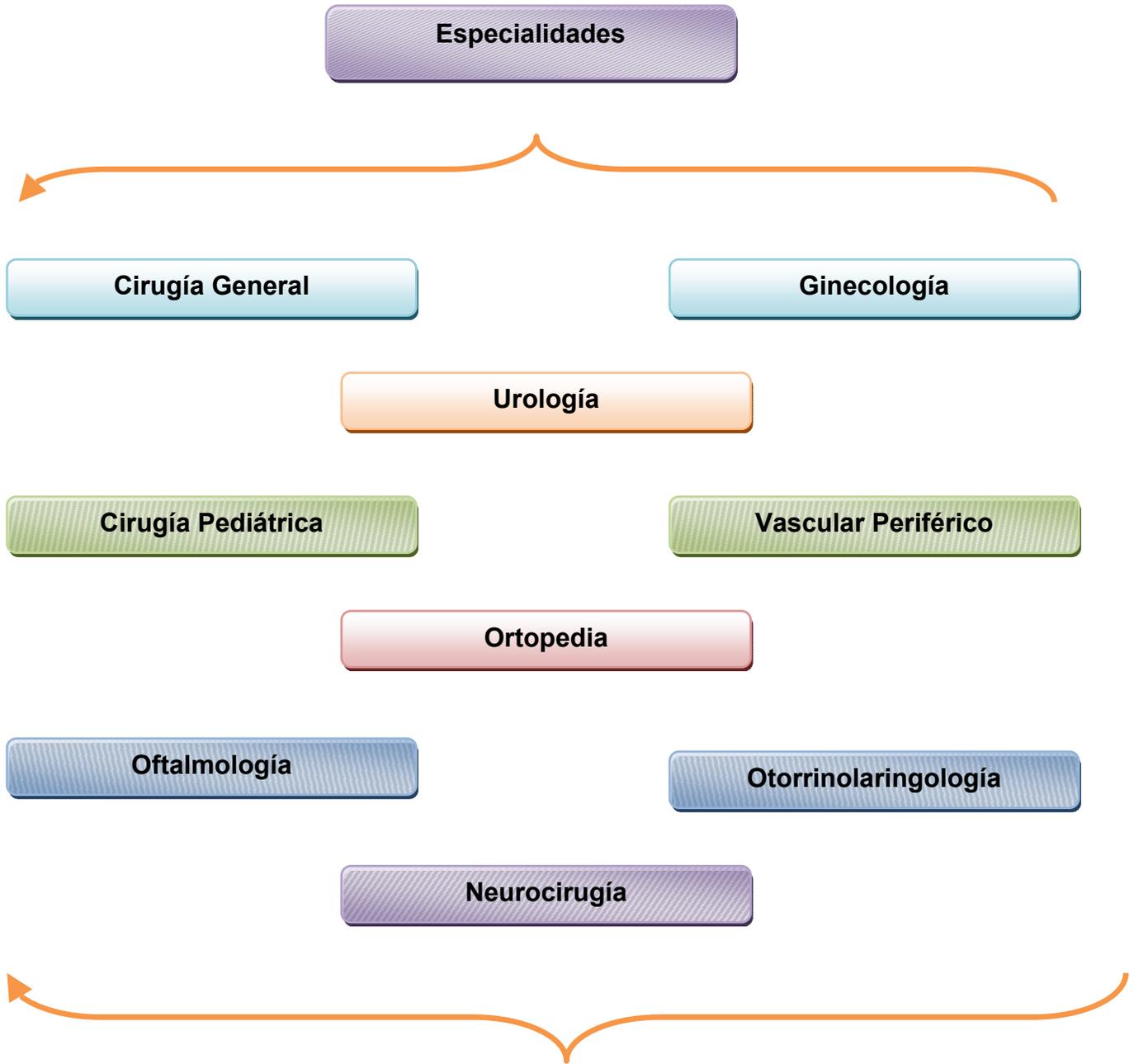
3. DIAGNOSTICO DE LA SITUACIÓN ACTUAL

Durante los últimos años, la institución ha sufrido la salida de una cantidad de especialistas por dos razones fundamentales; en primer lugar una falta de planificación del recurso humano especializado para hacer frente a la demanda creciente y la sustitución de aquellos funcionarios que han concluido su vida laboral, y en segundo lugar; por un creciente mercado laboral privado con el cual la institución no ha logrado competir desde el punto de vista salarial, esto ha conllevado a inopia de ciertas especialidades y dentro de ella en forma especial la de Anestesiología, lo cual ha generado una crisis en la disponibilidad de personal para el funcionamiento de las Salas de Operaciones, y por ende una disminución en la productividad de intervenciones quirúrgicas de todo tipo.

En este sentido el Hospital Escalante Pradilla no ha sido la excepción, de manera que desde el año 2006, ha visto reducida su productividad de cirugías notablemente, mientras que el crecimiento de la demanda se mantiene constante, tal situación ha obligado a realizar priorización en la programación del tipo de cirugía que se realiza siendo así la prioridad uno, aquellas cirugías consideradas de emergencia, la prioridad dos sería la cirugía tradicional del paciente hospitalizado con cierto grado de complejidad y por último la prioridad tres que es la cirugía ambulatoria, que en términos generales es de baja complejidad.

Esta situación ha generado gran insatisfacción en la población adscrita a este centro hospitalario, la cual tiene que esperar periodos de meses e incluso años para la resolución quirúrgica de su patología, por tal motivo es necesario implementar un sistema que permita ofrecer un servicio oportuno y eficiente que garantice una atención adecuada de nuestros usuario.

3.1 Especialidades Quirúrgicas del Hospital Escalante Pradilla Figura N°3

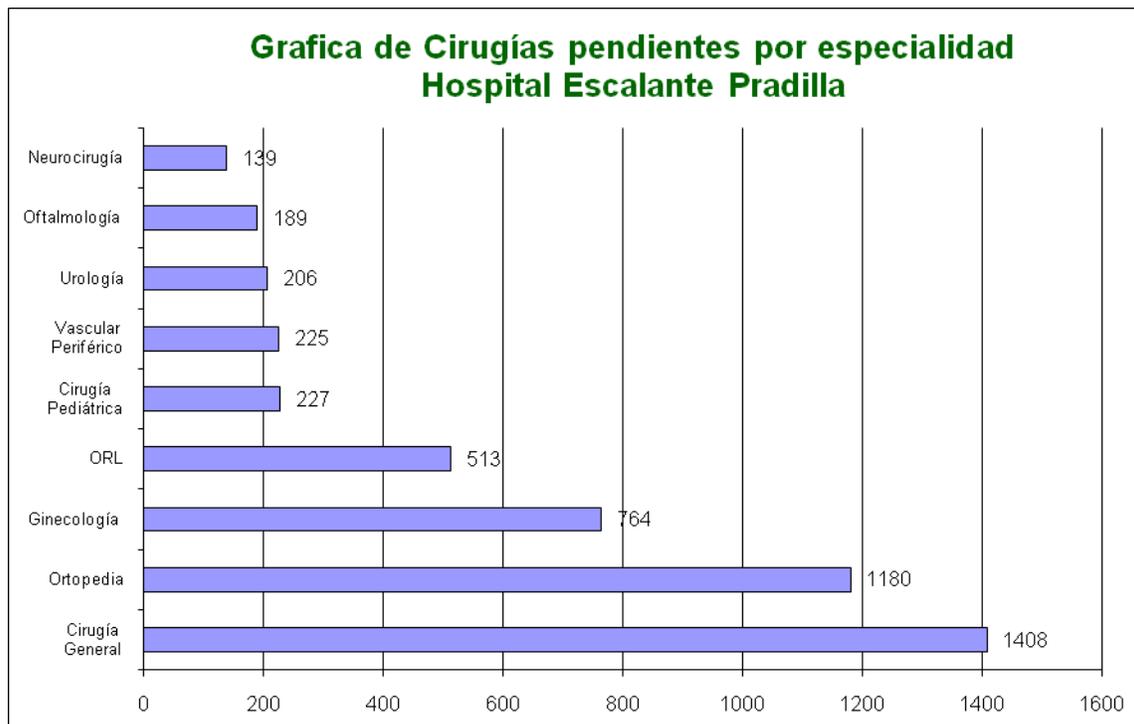


En la actualidad existen 4851 cirugías pendientes en el Hospital Escalante Pradilla

3.2 Tabla N°1 Cirugías pendientes por especialidad en el Hospital Escalante Pradilla

Cirugía General	1408
Ortopedia	1180
Ginecología	764
ORL	513
Cirugía Pediátrica	227
Vascular Periférico	225
Urología	206
Oftalmología	189
Neurocirugía	139
Total	4851

Grafica N°1 Muestra las cirugías pendientes por especialidad en el Hospital Escalante

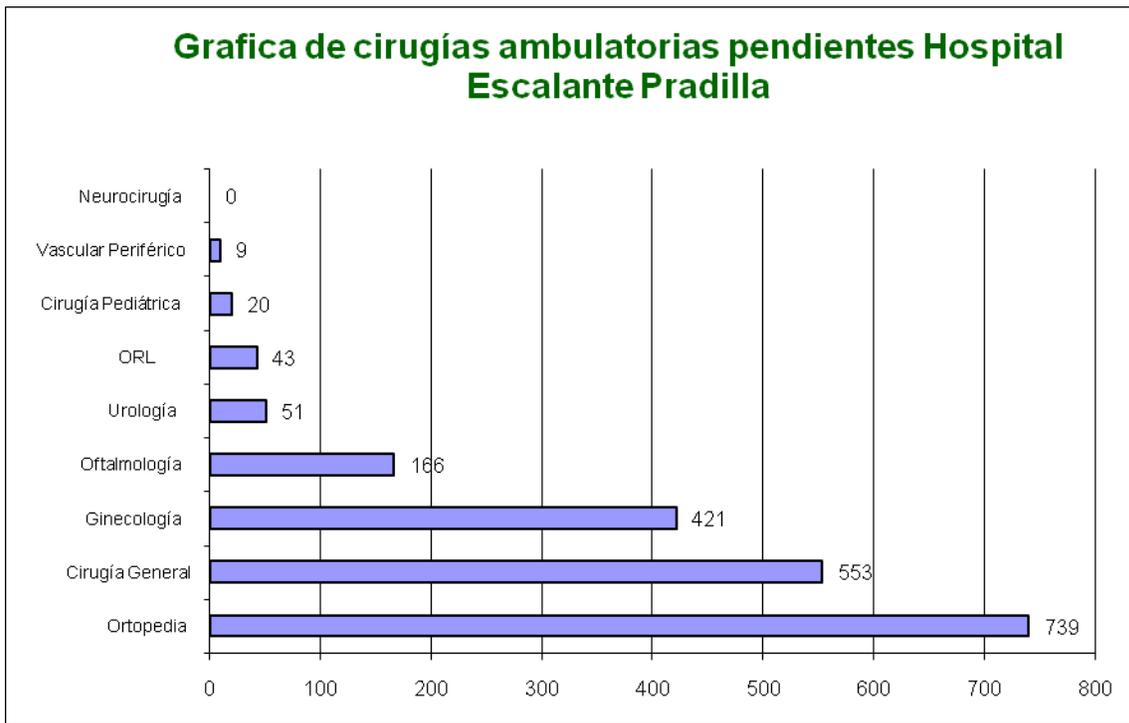


En el Hospital Escalante Pradilla existen actualmente 2002 cirugías pendientes bajo la modalidad de cirugías ambulatorias

3.3 Tabla N°2 Cirugías Ambulatorias pendientes por especialidad en el Hospital Escalante Pradilla

Ortopedia	739
Cirugía General	553
Ginecología	421
Oftalmología	166
Urología	51
ORL	43
Cirugía Pediátrica	20
Vascular Periférico	9
Neurocirugía	0
Total	2002

Grafica N°2 Muestra las cirugías ambulatorias pendientes en el Hospital Escalante Pradilla.



Las especialidades quirúrgicas que mas cirugías ambulatorias tienen pendientes son Ortopedia, Ginecología y Oftalmología. El numero de cirugías ambulatorias pendientes equivalen al 41.26% del total de cirugías en la Lista de espera

3.4 Tabla N°3 Cirugías totales y Ambulatorias pendientes

Especialidad Quirúrgica	Total de Cirugías Pendiente	Total de Cirugías Ambulatorias Pendientes	Porcentaje de Cirugías Ambulatorias con respecto al total de Cirugías pendientes
Ortopedia	1180	739	62.6%
Cirugía General	1408	553	39%
Ginecología	774	421	54%
Oftalmología	189	166	88%
Urología	206	51	24.7%
ORL	513	43	8.3%
Cirugía Pediátrica	227	20	8.8%
Vascular Periférico	225	9	4%
Neurocirugía	139	0	0%
Total	4851	2002	41.26%

Como pueden demostrarse en los datos aportados anteriormente el numero de cirugías pendientes es de 4851, numero sumamente significativo y alarmante que refleja la grave crisis del hospital en cuanto a la reducción de la capacidad resolutive quirúrgica.

Además el numero de cirugías pendientes bajo la modalidad de cirugías ambulatorias son de 2002, ocupando un 41.26% del total de cirugías en la Lista de espera, obligando a la institución a valorar alternativas para disminuir el número tan creciente de cirugías pendientes.

El proyecto que propongo de Cirugías Vespertinas como una medida alternativa en el manejo de la Lista de espera bajo la modalidad de cirugías Vespertinas será un respiro para el Hospital y la Institución al acortar el tiempo en espera y tratar de disminuir el número total de cirugías pendientes aumentando la confianza en una institución pública como la Caja Costarricense de Seguro Social logrando brindar un servicio oportuno y de calidad a los usuarios

CAPITULO IV
PROPUESTA DE SOLUCION

CAPITULO IV

4. PROPUESTA DE SOLUCION

4.1 Desarrollo del Proyecto

La propuesta de solución al problema planteado es desarrollar un sistema de cirugías Vespertinas, como medida alternativa del manejo de las lista de espera de procedimientos quirúrgicos ambulatorios en el Hospital Escalante Pradilla.

OBJETIVO GENERAL

Establecer un programa de Cirugía Vespertina en las diferentes Especialidades quirúrgicas del Hospital Dr. Escalante Pradilla para la resolución de patologías de baja complejidad bajo la modalidad de cirugía ambulatoria por un período de prueba de seis meses durante el año 2008.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Aumentar la productividad de pacientes intervenidos quirúrgicamente en relación con el período 2007.
- Disminuir el impacto de la falta de recurso humano especializado.
- Reducir el tiempo de espera para procedimientos de Cirugía Ambulatoria en las diferentes especialidades quirúrgicas.
- Disminuir la cantidad de pacientes que saturan el Servicio de Recuperación de la Sala de Operaciones del Hospital.
- Brindar un servicio oportuno y de calidad a los usuarios.

Se iniciara con las especialidades de Cirugía General, Ortopedia, Ginecología, Oftalmología, y Urología, considerando el tipo de patologías que manejan y la cantidad de cirugías pendientes.

En Cirugía General existen en lista de espera 1408 cirugías de las cuales 553 son cirugías ambulatorias que corresponden a un 39% del total de cirugías. Entre las patologías quirúrgicas que predominan en la lista de espera de esta especialidad son:

- ★*Fibroadenoma de Mama*
- ★*Ginecomastia*
- ★*Hernia Inguinal*

Es importante mencionar que la patología de mama es una prioridad tanto para la institución como para la población femenina ya que ayudaría en la detección temprana de Cáncer de Mama.

En Ortopedia existen 1180 cirugías de las cuales 739 corresponden a cirugías ambulatorias o sea un 62.6%. Las patologías más comunes de esta especialidad son:

- ★*Síndrome del Túnel Carpal*
- ★*Gonartrosis severa*
- ★*Meniscopatías*

Estas patologías son sumamente incapacitantes, e inciden en la ausencia laboral frecuente, y a la derogación de pagos de parte de la institución en concepto de incapacidades.

En Urología tenemos 206 cirugías de las cuales 51 son de la modalidad de cirugía ambulatoria correspondiente a un 24.7% del total de cirugías. Las patologías más frecuentes en la lista de espera ambulatoria son:

★*Hiperplasia Prostática Benigna*

★*Varicocele*

★*Hidrocele*

La Hiperplasia Prostática Benigna es una patología sumamente importante para la prevención y detección temprana del Cáncer de Próstata.

En Oftalmología existen 189 cirugías de las cuales 166 son de la modalidad de cirugía ambulatoria, correspondiendo a un 88% del total de cirugías. Las patologías más frecuentes en lista de espera de esta especialidad son:

★*Catarata*

★*Estrabismo*

★*Pterigión*

Estas patologías oftalmológicas son importantes de resolver lo más rápidamente, ya que retardar este tipo de cirugías puede llevar como consecuencia la pérdida parcial o total de la visión.

En Ginecología tenemos un total de 774 cirugías de las cuales 421 son de la modalidad de cirugía ambulatoria, es decir 54% del total de cirugías. Las patologías más frecuentes en la lista de espera ginecológica son:

★*Anticoncepción quirúrgica voluntaria*

★*Quiste de Ovario*

★*Esterilidad primaria*

La problemática social y económica actual hacen de la anticoncepción quirúrgica voluntaria una necesidad para el bienestar socioeconómico de las familias costarricenses.

Para efectos de organización los días a programar se distribuirán de la siguiente manera:

Lunes: Se alternarán de lunes de por medio Oftalmología y Urología.

Martes: Cirugía General

Miércoles: Ginecología

Jueves: Ortopedia

4.2 Distribución del número de días por mes y especialidad

El proyecto iniciara del 15 de junio al 15 de diciembre del 2008 para un total de 103 días donde Cirugía General, Ginecología y Ortopedia tendrán 26 días cada especialidad, Oftalmología tendrá 13 días y Urología tendrá 12 días

Cuadro N°1: Número de días disponibles para Cirugía Vespertina, según mes y especialidad, HEP, Junio – Noviembre 2008

Especialidad	Junio	Julio	Agosto	Set	Oct	Nov	Total
Cirugía General	4	4	5	4	5	4	26
Urología	2	3	2	2	2	2	12
Ginecología	4	4	5	4	4	5	26
Ortopedia	4	4	5	4	4	5	26
Oftalmología	2	2	2	2	2	2	13
TOTAL	16	17	19	16	17	18	103

La cantidad de Cirugías a programar diariamente para cada especialidad, dependerá del nivel de complejidad del procedimiento, sin embargo, se utilizara como base de programación las siguientes cantidades de Cirugías:

Cirugía General: 7 cirugías/día
Ortopedia: 7 cirugías/día
Ginecología: 10 cirugías/día
Urología: 8 cirugías/día
Oftalmología: 6 cirugías/día

De acuerdo a lo anterior y tomando como base el número de días por especialidad en el cuadro número 2 se calcula el número posible de cirugías a realizar por especialidad y durante todo el proyecto de cirugía vespertina:

Cuadro N°2 Número de cirugías a programar según especialidad y número de días disponibles

Especialidad	Días Disp.	Nº Cx/Día	Nº Cx Total
Cirugía General	26	7	182
Urología	12	8	96
Oftalmología	26	6	78
Ortopedia	26	7	182
Ginecología	13	10	200
Total	103	38	738

4.3 SISTEMA DE PAGO PARA CIRUGÍA EN HORARIO NO TRADICIONAL

Para definir el pago de los servicios no tradicionales (salarios), se tomara como base lo estipulado en el “Sistema de pago para Cirugía Vespertina” aprobado por la Junta Directiva en el artículo noveno de la Sesión Nº 8208 del 6 de Diciembre del 2006, que indica en su punto 3.1 Forma de pago del Sistema de Cirugías Vespertinas: “La caja pagara un 14.25% sobre el salario total del médico especialista, por el período establecido para la realización de las cirugías, suma que pagara el tiempo empleado en la realización de las cirugías contratadas en el horario vespertino (4:00 p.m. a 10:00 p.m.) que el centro asistencial haya programado para esa fecha”. Así mismo en el punto 3.2 Pago para el resto del equipo quirúrgico de apoyo en las cirugías vespertinas. “El pago de este personal será en la misma forma que los profesionales en medicina, es decir, se pagara el 14.25% del salario total ordinario”.

4.4 EQUIPO DE TRABAJO

El equipo de trabajo estará constituido por los siguientes funcionarios:

Médico Especialista en Anestesiología

Médico Especialista según la especialidad que corresponda

Enfermera Profesional

Circulante (Auxiliar de Enfermería)

Auxiliar de Quirófano

4.5 INDICADORES Y EVALUACIÓN

Se realizara una evaluación mensual y final de los siguientes indicadores:

Número de Cirugías Ambulatorias realizadas.

Análisis de la relación Cirugía Ambulatoria/Cirugía Tradicional durante los últimos tres años.

Número de horas efectivas en la utilización de los quirófanos mediante la modalidad de Cirugía Vespertina.

Porcentaje de reducción de las Listas de Espera de las diferentes especialidades en la modalidad de Cirugía Ambulatoria.

CAPITULO V
IMPLEMENTACION DE
SOLUCIONES

CAPITULO V

5. IMPLEMENTACIÓN DE SOLUCIONES

La cirugía vespertina Ambulatoria se realizara en horario de las 16:00 a las 22:00 hrs. los días lunes, martes, miércoles y jueves de cada semana durante el período establecido desde el inicio del proyecto el 15 de Junio del 2008 al 15 de Diciembre del 2008, excepto feriados.

Para efectos de la presente propuesta se considerara como jornada tradicional la contemplada de lunes a jueves en horario de 7:00 a.m. a 4:00 p.m. y los viernes de 7:00 a.m. a 3:00 p.m. La jornada no tradicional, será toda aquella que se programe fuera de la jornada laboral tradicional.

El pago se definirá en base a lo estipulado en el “Sistema de pago de Cirugías Vespertinas” contemplado en la institución y cuyo monto será de un 14.25% sobre el salario total ordinario tanto para los profesionales en Ciencias Médicas como para el resto del equipo quirúrgico y de apoyo.

En las cirugías Vespertinas se decidió por las siguientes especialidades quirúrgicas:

Cirugía General

Ortopedia

Urología

Oftalmología

Ginecología

Se tomo la decisión de dichas especialidades ya que son las especialidades que más número de usuarios están en la lista de espera y sus patologías tiene un menor grado de complejidad que permite cumplir con del número de cirugías planificadas en este proyecto.

La cantidad de cirugías a programar por día para cada especialidad va depender del nivel de complejidad del procedimiento quirúrgico, se utilizara como base de programación las siguientes cantidades de cirugías.

Cirugía General:	7 cirugías/día
Ortopedia:	7 cirugías/día
Ginecología:	10 cirugías/día
Urología:	8 cirugías/día
Oftalmología:	6 cirugías/día

Se podrá desarrollar durante el proyecto un total de 738 cirugías correspondientes a un porcentaje de 36.8% del total de Cirugías Ambulatorias pendientes

CAPITULO VI
CONCLUSIONES Y
RECOMENDACIONES

CAPITULO VI

6. 1 CONCLUSIONES

Las listas de espera en cirugía han sido un verdadero talón de Aquiles para la institución así como para la población en general; a la cuál le debemos resolver sus problemas médicos.

El crecimiento en el número de pacientes que esperan que se les resuelva sus patologías quirúrgicas es alarmante y es necesario prioritario y obligatorio tomar medidas y realizar proyectos y acciones para disminuir significativamente la lista de espera en Cirugía.

El descontento entre la población y usuarios cada día es mayor y exige que les atienda sus necesidades con prontitud. Algunos usuarios acuden a la Sala Constitucional poniendo recursos de amparo para que el magno Tribunal, que sin saber cuánto tiempo otros usuarios han esperado con paciencia; obligan a la Institución a que el actor (a) de la demanda sea intervenido quirúrgicamente en forma inmediata.

La fuga de profesionales en Medicina especializada al sector privado, han hecho más profunda la crisis de la lista de espera en Cirugía ya que al haber menor recurso humano hay menos probabilidad de disminuir el crecimiento de dichas listas de espera.

Esté proyecto tiene como finalidad disminuir y acortar en forma considerable el tiempo de espera del usuario y así brindar un servicio oportuno y de calidad, como se merece toda la población costarricense y demás población asegurada. Además contribuirá en forma considerable a mantener o aumentar los índices de salud que actualmente tiene Costa Rica siendo esto de ejemplo y orgullo para America Latina y el Mundo.

6.2 RECOMENDACIONES

Para la aplicación de este proyecto debe la institución dar un incentivo económico a los profesionales médicos y al resto del equipo quirúrgico de apoyo como el calculado y estipulado en este proyecto; pero antes de seleccionar al recurso humano que colabore en este proyecto se les debe crear conciencia social sobre la importancia de su aporte y de su valiosa colaboración, que ayudaría a la institución al mejoramiento de la salud en Costa Rica y a mantener o aumentar los índices de salud, para así seguir siendo ejemplo y orgullo a nivel de América Latina.

Si se implementa este proyecto de la forma planificada, se concluye que en un periodo total de tres semestres nuestro hospital acabaría casi por completo con la lista de espera en la modalidad de Cirugía Ambulatoria.

Debe dar prioridad el CENDEISSS y el programa de sistemas de postgrado en especialidades medico quirúrgicas, a proporcionar el recurso humano especializado necesario para solventar las necesidades con que cuenta nuestro hospital y los demás hospitales de las zonas rurales. Debe priorizarse aun mas los hospitales regionales, ya que ellos cuentan con gran numero de especialidades medico quirúrgicas y debido a la gran área de atracción de población, ya que como hospital de referencia deben de tener una resolución médico quirúrgica satisfactoria y de calidad.

Puede la Caja Costarricense del Seguro Social y el CENDEISSS crear programas especiales de emergencia o contingencia para formar recurso humano especializado con personal médico en propiedad de los hospitales regionales, que tengan años de laborar para la institución y de vivir en la comunidad; estos médicos solventarían las necesidades propias que cada hospital necesite.

Por último debe la Caja Costarricense del Seguro Social crear incentivos laborales atractivos y justos para que el recurso humano especializado no tenga tentación de trasladarse al mercado laboral privado.

BIBLIOGRAFIA

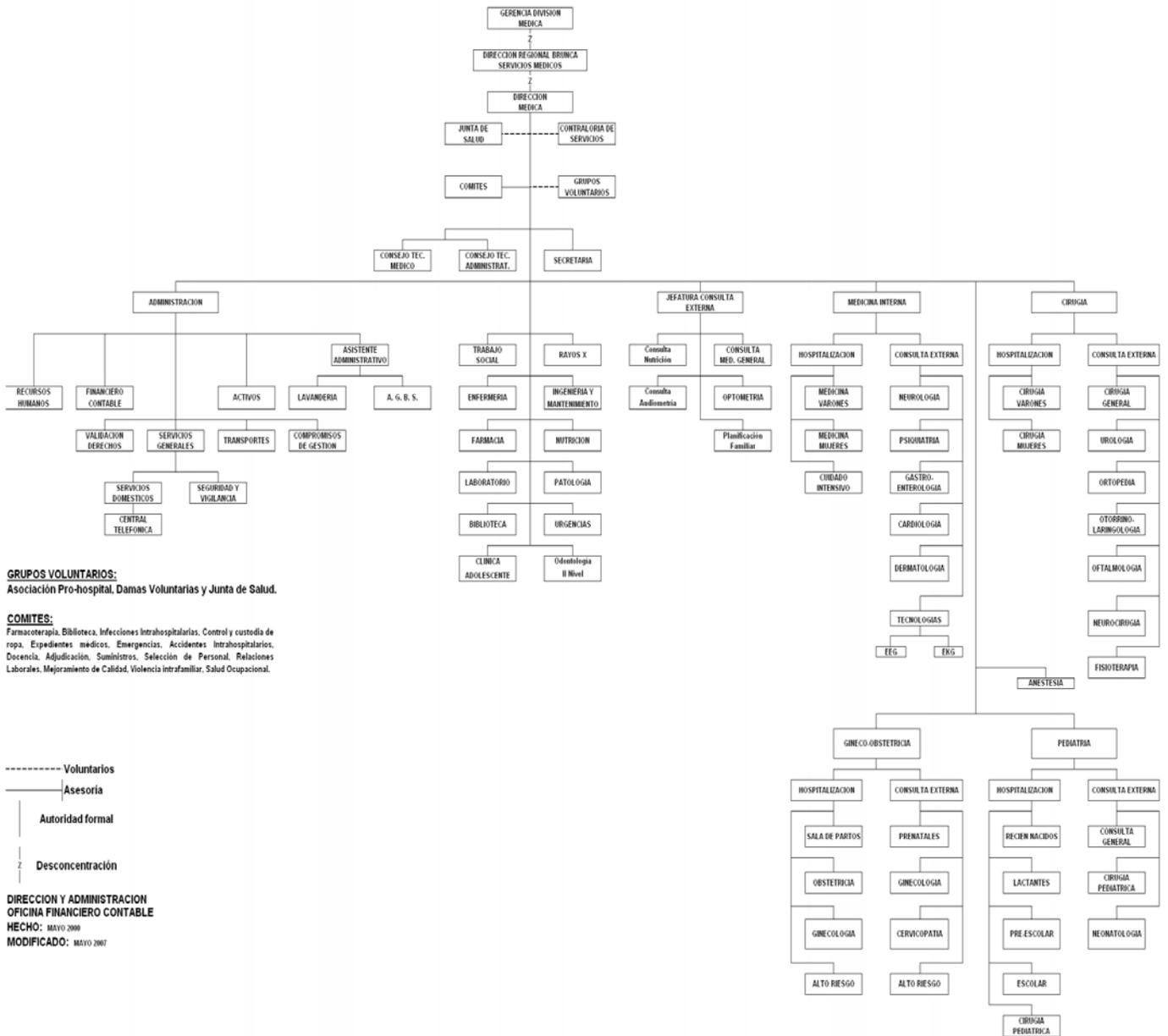
- Fuentes Bolaños Carlos. Escuela de Tecnologías en Salud. ¿El compromiso de Gestión es compromiso humano? Semanario Universidad 11 de octubre del 2007
- La Nación. Editorial: Otro día... 26 de abril del 2008.
- Reglamento Interior de Trabajo de la Caja Costarricense de Seguro Social aprobado por la junta directiva en sección número 7785 del 29 de agosto de 1996
- Reglamento de Pago de Cirugía Vespertinas aprobado por la Junta Directiva de la Caja Costarricense de Seguro Social aprobado en sección número 8208 del 06 diciembre del 2006
- Reglamento Único de Disponibilidad de Médicos Especialistas aprobado por la Junta Directiva de la Caja Costarricense de Seguro Social en sección número 7698 del 22 de octubre del 2002
- Román Isabel “Estado de la Nación “Renovar las Instituciones Sociales”. Periódico La Nación 27 de enero del 2008.
- Saint Hilaire Castellano Nelson (Médico) Dedicación en la C.C.S.S. La Nación 2008.
- Serrano Rodríguez Carlos, Profesor Escuela de Administración Pública de la U.C.R. “Oportunidades y Cambios en la Contratación Pública. La Nación 12 de marzo del 2008.

ANEXOS

Anexo N° 1

ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL DEL HOSPITAL DR. FERNAN ESCALANTE PRADILLA

HOSPITAL DR. FERNANDO ESCALANTE PRADILLA
 SAN ISIDRO, PÉREZ ZELEDÓN.
 REGIÓN BRUNCA
 ORGANIGRAMA



GRUPOS VOLUNTARIOS:
 Asociación Pro-hospital, Damas Voluntarias y Junta de Salud.

COMITES:
 Farmacoterapia, Biblioteca, Infecciones Intrahospitalarias, Control y custodia de ropa, Expedientes médicos, Emergencias, Accidentes Intrahospitalarios, Docencia, Adjudicación, Suministros, Selección de Personal, Relaciones Laborales, Mejoramiento de Calidad, Violencia Intrafamiliar, Salud Ocupacional.

----- Voluntarios
 | Asesoría
 | Autoridad formal
 | Desconcentración

DIRECCION Y ADMINISTRACION
 OFICINA FINANCIERO CONTABLE
 HECHO: MAYO 2000
 MODIFICADO: MAYO 2007

Anexo N° 2

Cálculo De Costos Directos Diarios por Cirugía Según Equipo y Especialidad

Costo Diario por Equipo			
Equipo Cirugía General	Salario Mensual Promedio	Pago por Día 14.25% De Salario Total	Nº de Cirugías Diario
Anestesiólogo	1.190.580,33	169.657,70	7
Cirujano General	1.240.580,33	176.782,0	
Enfermera 1	705.894,90	100.590,0	
Auxiliar de Enfermería	358.351,00	51.065,0	
Auxiliar de Quirófano	283.370,00	40.380,0	
Costo Total Diario		538.475,55	Costo Por Cirugía 76.925,78

Costo Diario por Equipo			
Equipo Urología	Salario Mensual Promedio	Pago por Día 14.25% De Salario Total	Nº de Cirugías Diario
Anestesiólogo	1.190.580,33	169.657,70	8
Cirujano Urólogo	1.190.580,33	169.657,70	
Enfermera 1	705.894,90	100.590,0	
Auxiliar de Enfermería	358.351,00	51.065,0	
Auxiliar de Quirófano	283.370,00	40.380,0	
Costo Total Diario		531.350,60	Costo Por Cirugía 66.418,80

Costo Diario por Equipo			
Equipo Cirugía Oftalmológica	Salario Mensual Promedio	Pago por Día 14.25% De Salario Total	Nº de Cirugías Diario
Anestesiólogo	1.190.580,33	169.657,70	6
Cirujano Oftalmólogo	1.190.580,33	169.657,70	
Enfermera 1	705.894,90	100.590,0	
Auxiliar de Enfermería	358.351,00	51.065,0	
Auxiliar de Quirófano	283.370,00	40.380,0	
Costo Total Diario		531.350,60	Costo Por Cirugía 88.558,40

Costo Diario por Equipo			
Equipo Cirugía Ortopédica	Salario Mensual Promedio	Pago por Día 14.25% De Salario Total	Nº de Cirugías Diario
Anestesiólogo	1.190.580,33	169.657,70	7
Cirujano Ortopedista	1.190.580,33	169.657,70	
Enfermera 1	705.894,90	100.590,0	
Auxiliar de Enfermería	358.351,00	51.065,0	
Auxiliar de Quirófano	283.370,00	40.380,0	
Costo Total Diario		531.350,60	Costo Por Cirugía 75.907,22

Costo Diario por Equipo			
Equipo Cirugía Ginecológica	Salario Mensual Promedio	Pago por Día 14.25% De Salario Total	Nº de Cirugías Diario
Anestesiólogo	1.190.580,33	169.657,70	8
Cirujano Ortopedista	1.190.580,33	169.657,70	
Enfermera 1	705.894,90	100.590,0	
Auxiliar de Enfermería	358.351,00	51.065,0	
Auxiliar de Quirófano	283.370,00	40.380,0	
Costo Total Diario		531.350,60	Costo Por Cirugía 66.148,80

Anexo N° 3

Cálculo de Costos Indirectos Totales e Individuales por Estancia

Insumo o Servicio	Costos Totales del Servicio de Cirugía Año 2007	Costo por Estancia
Productos Químicos	2.667.664,44	113,82
Textiles	3.656.019,50	168,79
Productos de Papel y Cartón	4.506.174,10	192,26
Instruí Médico y Laboratorio	162.309.897,51	6.925,07
Útiles y Materiales de Oficina	228.333.,09	9,74
Útiles y Materiales de Limpieza	155.688.,37	6,64
Envases y Empaques	58.071,46	2,48
Dirección Administración	178.190.247,44	7.602,62
Aseo	44.876.825,31	1.914,70
Transportes	4.653.234,48	198,53
Mantenimiento	34.215.253,51	1.459,82
Ropería	37.670.484,55	1.607,24
Lavandería	2.449,86	0,10
Nutrición	108.906.562,01	4.646,58
Centro de Equipos	19.885.833,22	848,44
Registros Médicos	66.088.172,42	2.819,70
Farmacia	53.769.746,51	2.294,13
Medicamentos	71.852.263,97	3.065,63
Radiología	17.997.012,20	767,86
Laboratorio	94.844.565,67	4.046,62
Quirófanos	535.106.731,10	22.830,73
Servicios Públicos	35.977.330,00	1.535,00
TOTAL	1.477.918.560,72	63.056,51

Anexo N° 4

Costos Directos e Indirectos Unitarios por Especialidad

Especialidad	Costos Directos	Costos Indirectos	Costo Unitario Total
Cirugía General	76.925,78	63.056,51	139.982,29
Urología	66.418,80	63.056,51	129.475,31
Oftalmología	88.558,40	63.056,31	151.614,91
Ortopedia	75.907,22	63.056,31	138.963,73
Ginecología	66.418,80	63.056,31	129.475,31

Costos Directos e Indirectos Totales por Especialidad

Especialidad	Nº Cirugías	Costos Directos	Costos Indirectos	Costo Total
Cirugía General	182	14.000.491	11.476.284	25.476.775
Urología	96	6.376.204,8	6.053.424,9	12.429.629,7
Oftalmología	78	6.907.552,2	4.918.407,7	11.825.959,9
Ortopedia	182	13.815.114	11.476.284	25.291,398
Ginecología	200	13.283.760	12.611.302	25.895,062
Total	738	54.383.124	46.535.701	100.918.825