

**UNIVERSIDAD LATINOAMERICANA DE CIENCIA Y TECNOLOGÍA
ULACIT**

**PLAN PARA DISMINUIR LAS LISTAS DE
ESPERA DE COMPLEJIDAD 4 EN EL SERVICIO
DE ORTOPEDIA INFANTIL EN EL HOSPITAL
NACIONAL DE NIÑOS**

Tesis para optar por el grado de
Licenciatura en Administración de
Empresas con Énfasis en Comportamiento
Organizacional

Estudiante

Rosa Laura Sandoval Méndez
Cédula 1-0347-0838

San José, agosto 2003

AGRADECIMIENTO

Gracias Señor, gracias Virgen milagrosa, gracias mi Ángel de la Guardia por permitirme cumplir mi sueño anhelado. A mis hijos, Andrea y Cristian David, por el tiempo que les robé, por su apoyo en todo momento y a mi nieta Tamara que ha sido mi ilusión. Los amo.

TABLA DE CONTENIDO

AGRADECIMIENTO	2
TABLA DE CONTENIDO	3
CAPITULO PRIMERO:	4
METODOLOGÍA DE INVESTIGACIÓN	14
TEORÍA	16
ANTECEDENTES HISTÓRICOS	16
MARCO LEGAL:	17
<i>LAS ORGANIZACIONES, ELEMENTO ESENCIAL</i>	34
<i>EL PLAN DE MEJORAMIENTO</i>	35
ACTORES SOCIALES	36
ESTADO DE LA CUESTIÓN	40
ESTADÍSTICAS GENERALES DEL DEPARTAMENTO DE CIRUGÍA	48
SISTEMA ACTUAL DE PROGRAMACIÓN.....	56
<i>Servicio de Ortopedia</i>	57
<i>Responsable de la programación</i>	57
<i>Programación de la cirugía ambulatoria</i>	58
<i>Programación cirugía electiva</i>	58
<i>Programación cirugía de prioridad</i>	60
DISTRIBUCIÓN DE RECURSOS Y CRITERIOS DE PROGRAMACIÓN EN SALAS DE OPERACIONES	60
<i>Quirófanos</i>	60
RECURSOS HUMANOS	62
<i>Médicos cirujanos</i>	62
<i>Médicos anestesistas</i>	64
<i>Personal de enfermería</i>	67
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES:	88
INSTRUMENTAL DE SALA DE OPERACIONES	100

CAPITULO PRIMERO:

ASPECTOS SITUACIONALES:

La Caja Costarricense de Seguro Social es la Institución responsable de brindar el servicio de atención en el campo de la salud a la población costarricense.

El Hospital Nacional de Niños es la Institución con que cuenta la Caja para brindar el servicio especializado a la población costarricense. Hacia este convergen todas las referencias que emiten los médicos del primer y segundo nivel de atención como son los EBAIS, Centros de Salud, Clínicas Periféricas, Hospitales Periféricos y Regionales.

Este Hospital constituye un orgullo para nosotros los costarricenses, ya que son pocos los que pueden decir que en algún momento de su vida no han solicitado algún servicio especializado o de emergencia de ese nosocomio, con respuesta excelente, sin embargo cuando se refiere a Ortopedia Pediátrica es un tema sin resolver.

Cuenta con todas las especialidades y los servicios de diagnóstico y tratamiento para dar respuesta a la enfermedad de nuestros niños, además de contar con amplia experiencia en el campo de la investigación y desarrollo a nivel internacional, así como de alta tecnología en el campo de la medicina.

Entre las especialidades que atiende se encuentra el Servicio de Ortopedia Infantil en el campo de la cirugías electivas, o sea cirugías programadas a futuro. Actualmente las citas se están dando para finales de 2007.

La demanda pendiente asciende a 1849 casos incluyendo las diferentes complejidades es decir de la complejidad 2 se tiene un pendiente de 166 casos, en la complejidad 3 de 480 y en complejidad 4, 1203 casos.

Los recursos humanos especializados con que cuenta esta organización para dar respuesta a esta problemática es de siete médicos especialistas y un residente, cada uno de ellos dedicado a atender diferentes patologías como son columna, tumores, cadera, pie bot, cirugía de mano alargamiento y hostiogenesis imperfecta.

En cuanto a la infraestructura el Hospital Nacional de Niños por ser un centro de atención único en el país, debe de atender las diferentes patologías con que cuenta la medicina especializada. Para la resolución de las cirugías únicamente cuenta con 7 salas de operaciones funcionando debidamente equipadas con personal médico, anestesiólogos y personal de apoyo como es el de enfermería. Es por esta razón que la asignación de salas para el Servicio de Ortopedia es limitado, ya que se debe compartir con los demás servicios de cirugía.

La especialidad de Ortopedia Infantil se ha convertido en uno de los problemas más difíciles de resolver por aspectos que debemos investigar en este trabajo, a fin de determinar dónde se encuentran las causas que están incidiendo para que esta situación se esté presentando en este Hospital.

La lista de espera repercute en el paciente y su familia, a quienes no se les otorga atención en forma oportuna, tal y como lo establecen las normas internacionales de atención, las cuales establecen que una espera de tres a seis meses es prudente cuando se trata de diagnóstico que no sean urgentes, pero cuando hablamos de espera de más de un año y hasta siete u ocho años, el problema se torna crítico, principalmente si son niños que se encuentran en la fase de crecimiento y que sin atención oportuna pueden tener consecuencias negativas en el futuro.

PROBLEMA:

¿Cómo resolver las cirugías de Ortopedia Pediátrica en el Hospital Nacional de Niños, la cuales cuentan a la fecha con una lista de espera de 1949 niños pendientes y cuya agenda de citas llega a finales de 2007?

SUB-PROBLEMA:

¿Cómo buscar una solución a la lista de espera de la complejidad 4 que cuenta con 1203 niños con citas hasta 2007?

La Complejidad 4 es una cirugía de alta dificultad cuyo promedio de operación es de 6 a 7 horas y su estancia promedio oscila entre los 10 días aproximadamente, los diagnósticos a solucionar son: Columna, cadera y alargamiento de hueso entre otros.

OBJETIVO GENERAL:

- Evaluar las causas que ocasionan el atraso en la atención oportuna a los niños que requieren del servicio de cirugía ortopédica infantil.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Determinar la demanda actual de las listas de espera en el servicio de Ortopedia Infantil.
- Analizar el desempeño de las Salas de Operaciones en el Hospital Nacional de Niños.

- Analizar los procesos actuales que intervienen en la atención de las cirugías.
- Evaluar el control administrativo que se realiza en la gestión de las listas de espera.
- Medir el grado de insatisfacción que viven los padres y madres de familia de los pacientes ante esta espera.

PROBLEMA:

¿Cómo resolver las cirugías de Ortopedia Pediátrica en el Hospital Nacional de Niños, la cual cuenta a la fecha con una lista de espera de 1849 niños pendientes y cuya agenda de citas llega a finales del año 2007.?

SUB-PROBLEMA.

¿Cómo buscar una solución a la lista de espera de la complejidad 4 que cuenta con 1203 niños con citas hasta el 2007?

La complejidad 4 es una cirugía de alta complejidad cuyo promedio de operación es de 6 a 7 horas y su estancia promedio oscila entre los 10 días aproximadamente, los diagnósticos a solucionar son: Columna, cadera y alargamiento de hueso entre otros.

JUSTIFICACIÓN:

Actualmente la Caja Costarricense de Seguro Social cuenta con la problemática de las listas de espera en casi todos los servicios que brinda a los asegurados, en cirugía, consulta externa especializada o procedimientos. Uno de los casos más críticos que se presentan es el del Servicio de Ortopedia Infantil del Hospital Nacional de Niños, por cuanto los tiempos de espera alcanzan hasta finales de 2007, sin que a la fecha se ofrezca una solución definitiva al problema, por parte de las autoridades de la institución.

Según declaraciones dadas a la prensa por el Dr. Hernández Gómez, Director del Hospital Nacional de Niños, esta problemática data desde de 1990. Señala que una de las principales causas es la gran demanda que tiene, por ser el único centro de resolución nacional. La oferta es limitada por cuanto cuenta con poco personal médico especializado en este campo, además de la falta de salas de operaciones disponibles para asignarlas a esta especialidad.

Para dar respuesta oportuna a la población asegurada, a partir del 31 de mayo de 2001, la Junta Directiva de la Caja Costarricense de Seguro Social aprobó la creación de la Unidad Técnica de Lista de Espera, adscrita a la Gerencia de División Médica. Esta instancia técnica representa una alternativa para los asegurados, que deben hacer su reclamación ante las diferentes Contralorías de la Superintendencia General de Servicios de la Seguridad Social, con el fin de que se re programe su cita.

El Hospital de Niños es el único centro especializado donde convergen todas las referencias que emiten los médicos de los EBAIS, centros de salud, hospitales periféricos, regionales y clínicas periféricas del área metropolitana, en la escala que rige el modelo de atención que tiene la CCSS.

El Hospital de Niños es el último centro de atención para atender las referencias médicas de estos pacientes.

La gran demanda que se origina en estos servicios, se concentra en el Hospital Nacional de Niños, que es el único centro especializado que existe en el país, a diferencia de la atención de adultos, que sí cuenta con diferentes hospitales del tercer nivel, como son San Juan de Dios, Hospital México y Hospital Dr. Rafael A. Calderón Guardia.

La problemática se concentra dichosamente, en la especialidad de la cirugía electiva del Servicio de Ortopedia Infantil; en las otras especialidades no se presenta este comportamiento, por lo que se considera importante analizar cuáles son los factores que están incidiendo para que esta situación se manifieste así en tal nosocomio.

Esta problemática afecta a gran parte de la niñez costarricense, que sufre esta incertidumbre, y clínicamente requiere solución a su dolencia. La espera de meses y hasta años se complica al estar el niño en la fase de crecimiento. La calidad de vida no es la misma cuando no se tiene la solución oportuna a su problemática. Desde el punto de vista financiero, los costos se elevan, por cuanto el paciente debe recurrir a los servicios de los dos primeros niveles y a los servicios de emergencias.

Por este motivo que se considera importante realizar la investigación, para determinar las causas que están provocando la falta de atención oportuna a los niños y la incertidumbre que produce a los padres de familia esta larga espera.

La investigación se realiza con el objetivo de diseñar un plan estratégico que permita encontrar las causas que marcan esta situación y determinar la demanda real por complejidades – término que usan los profesionales en medicina y cirugía, para medir el grado de dificultad de procedimiento médico, lo mismo que

determinar la oferta de infraestructura, recursos humanos y financieros para enfrentar esta demanda, revisar los procedimientos administrativos que permitan mejorar la gestión de la administración de las listas de espera en cirugía electiva, medir el desempeño de las salas de operaciones y determinar el grado de insatisfacción de los padres de familia.

La Caja Costarricense de Seguro Social durante 2001 y 2002, ha realizado dos intentos de solucionar esta problemática, mediante la contratación de servicios externos, con procedimiento de licitación pública. Pero estas iniciativas se han visto frustradas por cuanto los médicos ortopedistas que participan en la institución también lo hacen en la práctica privada, aspecto que no ha permitido, por recomendación de la Contraloría General de la República, continuar con el proceso, por conflicto de intereses (médicos ortopedistas accionistas de empresas privadas).

Otra alternativa de solución es la de traer cirujanos ortopedistas infantiles extranjeros específicamente de la América Latina, para ser contratados por la institución, con el fin de que laboren en el Hospital Nacional de Niños o en el Cenare en horas de la noche, para aprovechar la infraestructura existente, sin mayor inversión de recursos. Para esto la institución deberá superar obstáculos como el permiso del Colegio de Médicos, del Ministerio de Relaciones Exteriores, etc. Esta alternativa está en proceso.

La Unidad Técnica de Lista de Espera ha realizado dos acuerdos históricos para dar una solución paliativa a esta problemática. Después de varias negociaciones con los señores médicos especialistas en Ortopedia Infantil, jefe de Servicio de Ortopedia, jefe de la Sección de Cirugía, director del Hospital Nacional de Niños y personeros de la UTLE, se han realizado tres acuerdos, uno por 147 cirugías del cual se realizaron solo 103 de complejidad 3 en el 2001. Para 2003 se realiza un nuevo acuerdo por 428 cirugías de complejidad 3. Otro centro de resolución para la complejidad 2 es el Centro Nacional de Rehabilitación, con el que se han

realizado dos acuerdos de referencia, uno en 2002, por 147 cirugías de complejidad 2 y en 2003, por 40 cirugías.

Plan para disminuir las Listas de Espera de Complejidad 4 en el Servicio de Ortopedia Infantil del Hospital Nacional de Niños

Objetivo general	Objetivos específicos	Variables	Definición conceptual	Indicadores
Evaluar las causas que ocasionan el atraso en la atención oportuna a los niños (as) que requieren del servicio de cirugía ortopédica pediátrica	Determinar la demanda actual de las listas de espera en el servicio de Ortopedia Infantil.	Demanda	Solicitud de un bien o servicio ante la oferta y demanda de algún usuario, para un fin específico. (1)	Complejidades 2, 3 y 4. Depuración de listas de espera
	Analizar el desempeño de las Salas de Operaciones en el Hospital Nacional de Niños	Desempeño	Alcanzar o superar los objetivos y metas propuestas, tanto comerciales como sociales, así como las	Análisis de comportamiento de Salas de Operaciones por diagnóstico en Ortopedia Pediátrica Indicadores de

Objetivo general	Objetivos específicos	Variables	Definición conceptual	Indicadores
	específicamente en el servicio de Ortopedia Infantil		responsabilidades desde el punto de vista del juicio de un tercero (la estructura, los conocimientos, los recursos materiales, la posición estratégica, etc).(2)	aprovechamiento de Salas de Operaciones, por especialidad Materiales que intervienen en el proceso quirúrgico
	Analizar los procesos actuales que intervienen en la atención de las cirugías de ortopedia pediátrica.	Procesos	Representa las funciones continuas de las actividades primarias en las cuales participan los gerentes. Dichas funciones se denominan de ordinario como Planificación, Organización, Dirección y Control (3)	Recursos humanos Tecnológicos Financieros Planificación de uso de salas de operaciones Estrategia de mejoramiento
	Evaluar el control administrativo que se realiza en la gestión de	Control	Es el acto de registrar la medición de resultados de las actividades	Cumplimiento de horarios para el personal médico. Sustitución de pacientes por ausentismo. Cuántos pacientes por

Objetivo general	Objetivos específicos	Variables	Definición conceptual	Indicadores
	las listas de espera de las cirugías de ortopedia pediátrica		ejecutadas por personas y equipos en un tiempo y espacio determinado. Se ejerce ex ante, durante y _post ejecución de las actividades (4)	hora se atienden en Consulta externa.
	Medir el grado de insatisfacción que viven los padres de familia de los niños (as) ante esta espera	Insatisfacción	“...la satisfacción se refiere a los sentimientos de la gente hacia las recompensas que recibe. Así la satisfacción es una consecuencia de los acontecimientos del pasado...” (5)	Edad promedio de pacientes en espera. Lugar de residencia. Cuánto tiempo tiene de esperar para recibir el servicio.

METODOLOGÍA DE INVESTIGACIÓN

El presente informe es de tipo exploratorio, ya que tiene por objeto esencial familiarizar con un tópico bastante nuevo, como son las “listas de espera en el campo de la salud”, un tema poco abordado en el nivel mundial, ya que únicamente seis países, Reino Unido, Australia, Nueva Zelanda, Canadá y ahora Costa Rica, gozan de sistemas de salud pública de libre acceso universal financiados por el Estado, patronos y trabajadores, están aplicando este tema como una solución a los usuarios que se encuentran en espera de una cirugía, un procedimiento diagnóstico o una consulta especializada. En la bibliografía internacional existe poca información. En Costa Rica, la Junta Directiva de la Caja Costarricense de Seguro Social aprobó el Reglamento de Funcionamiento de las Listas de Espera (UTLE) a partir del 31 de mayo de 2001, por lo que el proyecto es novedoso y tiene poca experiencia acumulada. Esta investigación finalizará de forma explicativa, ya que busca encontrar cuáles son las causas que están provocando la lista de espera en el Servicio de Ortopedia Pediátrica del Hospital Nacional de Niños en agenda hasta 2007.

Para la recolección de los datos se aplicarán los siguientes instrumentos:

1.- Cuestionario dirigido a las Jefaturas del Hospital Nacional de Niños involucradas en este proceso: a) Cuestionario para el diagnóstico de los servicios quirúrgicos del Hospital Nacional de Niños, el cual consta de 18 preguntas abiertas, b) Cuestionario dirigido a las Jefaturas Hospital Nacional de Niños, el cual consta de 11 preguntas abiertas y c) Cuestionario dirigido a los padres de familia de los niños que se encuentran en espera, y son preguntas abiertas.

- Director del Hospital
- Jefe de la Sección de Cirugía
- Jefe del Servicio de Ortopedia

- Jefe de la Sala de Operaciones
- Jefe de la Consulta Externa
- Jefe de la Sección de Bioestadística
- Personal involucrado en el otorgamiento de las citas.

2.- Cuestionario dirigido a los padres de familia de los pacientes, que permita medir el grado de incertidumbre que les ha producido la larga espera, para que les resuelvan el problema de las cirugías de sus hijos. Esta encuesta se hará por la vía telefónica.

3.- Se realizará un inventario de necesidades de acuerdo con las complejidades, con base en las listas que se encuentran pendientes en las agendas de citas. Esta información se actualizará con criterio médico.

4.- Depuración de agendas para determinar realmente cuántos son los pendientes de resolución.

5.- Se realizan visitas de campo para revisar los procesos internos que se encuentran involucrados en la cuestión, con entrevistas cara a cara con las partes.

6.- Se realizan entrevistas en forma directa al director, Jefe de la Sección de Cirugía.

TEORÍA

ANTECEDENTES HISTÓRICOS

Costa Rica se ha convertido en uno de los países del mundo ejemplo en el manejo de la democracia, con las instituciones que ofrecen servicios a sus ciudadanos. El Estado costarricense se ha convertido en administrador de estos servicios, evitando así su privatización, por lo que las telecomunicaciones, la energía, las viviendas de bienestar social, la banca, los acueductos y alcantarillados, la recolección de basura, etc., y la salud, entre otros aspectos importantes para el desarrollo de un pueblo, están en manos del Estado.

Sin lugar a dudas, uno de los baluartes que afirman que Costa Rica disfruta de una verdadera democracia al haber propiciado la justicia social como instrumento de desarrollo de sus ciudadanos, es garantizarles atención sin distinción de clases, independientemente del aporte económico.

Durante los últimos años, el desarrollo social de Costa Rica ha sido impresionante, logrando en el área de salud índices propios de los países desarrollados, con una mortalidad infantil para 2000 de 13,2 por mil nacidos vivos, una esperanza de vida al nacer que supera los 75 años, ausencia de desnutrición severa primaria en niños, erradicación de enfermedades prevenibles por vacunación, y sobre todo, una cobertura total de la población en el régimen de Enfermedad y Maternidad, garantizándosele además a un número creciente de la población económicamente activa, su derecho a una pensión digna.

La estabilidad política y económica ha sido un factor decisivo para que los costarricenses gocen de un régimen de atención en salud en todos los niveles. En 2000, el crecimiento económico fue superior al 7%, con una tasa de inflación del 17% y un déficit consolidado del Sector Público del 1,5 % del PIB. La tasa de

desempleo fue del 4,1% y alrededor de 50.000 familias más se situaron por encima de la línea de pobreza en 2000, con respecto a 1999.

La Caja Costarricense de Seguro Social, desde su creación, se ha visto favorecida por su entorno externo, lo que le ha permitido sostenerse en el tiempo y fortalecerse cada día más para brindar a sus usuarios una institución sólida en pro de la salud de los costarricense y por medio de un mejoramiento continuo, heredar a las futuras generaciones, una de las instituciones que han contribuido con la economía, pero sobre todo con mantener la paz social. Esta inversión en salud se ha visto traducida en la economía costarricense al contar con trabajadores activos más saludables.

MARCO LEGAL:

La Declaración de Derechos Humanos, en su artículo 25 define lo que debe ser la seguridad social:

“Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuada que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar y los servicios sociales necesarios; tiene así mismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, viudez, vejez u otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad” (1)

La evolución de la Seguridad Social ha sido un proceso que se ha venido gestando desde tiempos antiguos, es así como podemos decir: “Es justo que el acto médico aporte su ayuda y se ocupe de la salud de los artesanos por medio de estudios especiales, descuidados hasta ahora, para que puedan en la medida de lo posible ejercer sin peligro el oficio que ellos han elegido” (2) Profesor Bernardino Ramazzini, profesor de Módena.

También los grandes pensadores y actores de la medicina, Salomón Neumann y Rudolf Virchow, en Alemania, postularon: “La medicina solo estaría completa si además de cuidar y curar los enfermos, también se preocupa de la población sana y de las condiciones de vida de esta población” (3).

En sus inicios, las luchas de los trabajadores fueron logrando poco a poco la protección integral, principalmente en Alemania, en las industrias de las mineras, donde se empezó a lograr que los patronos fueran obligados a conceder protección mutua en la organización de trabajadores de afiliación voluntaria. Es así como el Estado, por medio de las primeras leyes, se hace responsable del establecimiento y de la extensión del seguro obligatorio que cubriera a todos los trabajadores asalariados. Su financiamiento se haría por contribución del trabajador y el Estado. En este país se aprobaron tres leyes que son muy importantes para la Seguridad Social: 1) 1883 La de la Enfermedad 2) 1884 La de Accidentes 3) 1889 de Invalidez-Vejez.

En 1941 Lord Beveridge William Henry, crea un sistema de salud y asistencia económica para toda la población, con lo que se da un paso histórico para la protección de los ciudadanos, y es así como se consolida el Derecho de Seguridad Social internacional, como derecho del hombre desde el punto de vista jurídico y político, como obligación del Estado.

Los pensamientos reformistas que vienen desde el siglo pasado se consolidan con la iniciativa del Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia, hijo de médico y nacido en 1900, protagonista de la seguridad social en Costa Rica. El Dr. Calderón Guardia, hijo de Calderón Muñoz, fue a estudiar medicina en Bélgica, donde se vio influenciado por el pensamiento de la Doctrina Social Católica y la reforma social de la iglesia y el famoso Cardenal Mercier. (4).

De manera hábil y astuta, el Dr. Rafael A. Calderón Guardia alcanzó la presidencia con un triunfo aplastante y rápidamente empezó a desarrollar su política social con

la intervención del Estado y la Iglesia por medio de su representante, Monseñor Sanabria. Este reformador social también aprovecha la coyuntura para aprobar otras leyes tales como la creación de la Universidad de Costa Rica (1941), las Garantías Sociales (1942) y el Código de Trabajo (1943).

LA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL

MISIÓN:

“Proporcionar los servicios de salud en forma integral al individuo, la familia la comunidad, y otorgar la protección económica, social y de pensiones, conforme la legislación vigente, a la población costarricense mediante:

- El respeto a las personas y a los principios filosóficos de la seguridad social: Universalidad, Solidaridad, Unidad, Igualdad, obligatoriedad y equidad.
- El fomento de los principios éticos, la mística, el compromiso y la excelencia en el trabajo en los funcionarios de la Institución.
- La orientación de los servicios a la satisfacción de los clientes.
- La capacitación continua y la motivación de los funcionarios.
- La gestión innovadora, con apertura al cambio, para lograr mayor eficiencia y calidad en la prestación de servicios.
- El aseguramiento de la sostenibilidad financiera, mediante un sistema efectivo de recaudación.
- La promoción de la investigación y el desarrollo de las ciencias de la salud y de la gestión administrativa.”

VISIÓN:

“Seremos una Institución articulada, líder en la prestación de los servicios integrales de salud, de pensiones y prestaciones sociales en respuesta a los

problemas y necesidades de la población, con servicios oportunos y de calidad, y en armonía con el ambiente humano”

Los principios filosóficos de la seguridad social se sustentan principalmente en la obligatoriedad, la solidaridad y la universalidad, plasmados en la Constitución Política en sus artículos 73, 74 y 177, respectivamente.

1.- COBERTURA CONTRIBUTIVA

Al establecerse en el artículo 73 de la Constitución Política los Seguros Sociales para protección de los trabajadores, se sustentó un sistema de contribución obligatoria por parte del Estado, patronos y trabajadores, para afrontar las consecuencias derivadas de los riesgos y promover acciones en salud.

2.- COBERTURA SOLIDARIA

Conforme lo indica el artículo 74 de la Constitución Política, los derechos y garantías sociales son irrenunciables y buscan una política permanente de solidaridad nacional. En nuestro modelo de seguridad social no existen barreras sociales, políticas o económicas para el ingreso al mismo, ni para recibir los beneficios que otorga la Institución, ya que el trato es equitativo e igualitario sin ningún tipo de distinción por la capacidad económica de los ciudadanos o el número de miembros de cada familiar.

3.- COBERTURA LEGAL

El principio de universalidad del derecho a la seguridad social es proteger a la población sin distingo alguno. Desde la perspectiva de este principio, en concordancia con la legislación vigente. Actualmente el 100% de la población costarricense tiene derecho a recibir este beneficio del Seguro de Salud e Invalidez, Vejez y Muerte.

Subsidiariedad – Autonomía

El principio de subsidiariedad del Estado establece que en última instancia, el Estado es responsable de garantizar el derecho a la Seguridad Social. Las responsabilidades financieras del Estado deben diferenciarse en cuanto se refieran a la protección de la salud o a la protección económica, en función del campo máximo de aplicación y de la solidaridad que requiere el sistema en cada régimen de protección, ya sea de salud o de pensión.

El principio de autonomía de gestión, también es un instrumento que garantiza mayor facilidad y flexibilidad, para ajustar la política y los sistemas a las condiciones económicas y sociales.

La autonomía libera al sistema de algunas restricciones impuestas por las finanzas públicas y los condicionantes políticos propios de la lucha de intereses y prioridades establecidas en el marco de la política social, desarrollada directamente por el poder Ejecutivo.

Al practicarse la autonomía por medio de un órgano colegiado con representación del Estado y de los diferentes sectores interesados de la comunidad nacional, se pueden desarrollar los sistemas y regímenes de protección más apegados a las necesidades primarias fundamentales, a la realidad económica y al desarrollo social de la comunidad.

Como habrá podido notarse, los principios informadores de la Seguridad Social constituyen directrices generales que condicionan los regímenes de protección y el financiamiento inherente. De acuerdo con nuestra Carta Magna artículos 73 y 177 establecen un sistema de financiamiento tripartito, mediante el aporte o contribución obligatoria de los trabajadores, patronos y el Estado, para el sostenimiento de un régimen de protección universal.

Sistema de financiamiento

En el caso del Seguro de Salud e Invalidez, Vejez y Muerte, de acuerdo con los artículos 73 y 177 de la Constitución Política, las responsabilidades primarias del financiamiento de los regímenes de protección recaen en:

- Los trabajadores, por medio de contribuciones sobre sus ingresos.
- Los patronos, por medio de contribuciones sobre los salarios que pagan.
- El Estado como subsidiario, por medio de aportes de acuerdo con las necesidades.

LA ADMINISTRACIÓN

La Administración de ayer y hoy según los antecedentes históricos y los esfuerzos organizados bajo la dirección de personas a cargo de planificar, organizar, dirigir y controlar las actividades, han existido desde hace miles de años. Las pirámides de Egipto y la gran muralla china son pruebas tangibles de que desde mucho tiempo antes de la época moderna ya se realizaban proyectos de enorme alcance, en los que intervenían decenas de millares de personas.

Las pirámides son un ejemplo especialmente interesante; la construcción de una sola pirámide requirió el trabajo de más de 100.000 personas durante 20 años. ¿Quién le decía cada trabajador lo que tenía que hacer? ¿quién se aseguraba de que hubiera suficientes piedras en el lugar de la obra para que los trabajadores no interrumpieran su labor?. La respuesta a esas preguntas es independiente del término con que se designe a un gerente de aquella época, definitivamente alguien tenía que planificar lo que debía hacerse, organizar a las personas y adquirir los materiales para lograrlo, dirigir y orientar a los trabajadores, e imponer controles para asegurarse de que todo se llevara a cabo conforme a lo planificado.

Estos ejemplos tomados del pasado demuestran que las organizaciones han existido desde hace miles de años y que la administración se ha practicado durante un período equivalente, sin embargo, solo en los últimos 100 años, sobre todo en el siglo XX, la administración fue objeto de investigación sistemática,

adquirió un caudal común de conocimientos y llegó a ser una disciplina de estudio formal. También dos hechos históricos significativo influyeron para promover el estudio de la administración.

El primero de estos acontecimientos sucedió en 1776, cuando Adán Smith publicó una doctrina económica clásica. *The Wealth of Nations – La Riqueza de las Naciones*, en la cual se especificó las ventajas económicas que las organizaciones y la sociedad podían obtener mediante la división del trabajo. Sirviéndose de un ejemplo basado en la industria manufacturera de alfileres. Smith aseguró que 10 individuos, cada uno con una tarea especializada, podrían producir en conjunto cerca de 48.000 alfileres. Sin embargo, si cada persona trabaja por separado y tenía que conseguir alambre, enderezarlo, cortarlo, formar la cabeza, afilar la punta y soldar la cabeza al cuerpo del alfiler !sería una verdadera proeza que lograra producir insignificante cantidad de 10 alfileres diarios.

La conclusión de Smith es que la división del trabajo eleva la productividad porque acrecienta las habilidades y destrezas de cada uno de los trabajadores, ahorra el tiempo que estos pierden de ordinario al pasar de una tarea a otra, y propicia la creación de nuevos inventos y máquinas para ahorrar esfuerzo. La interrumpida popularidad la especialización del trabajo – lo mismo en las actividades del servicio, como la enseñanza y la medicina, que en las líneas de ensamble – se debe sin duda alguna a las ventajas económicas que mencionó Adan Smith hace más de 200 años.

La segunda influencia y tal vez la más importante, sobre la administración antes del siglo XX fue la Revolución Industrial. Iniciada en el siglo XX en Gran Bretaña, la revolución cruzó el Atlántico y llegó a los Estados Unidos al final de la guerra civil. ¿Cuál fue el efecto de la Revolución Industrial? Su principal contribución fue la sustitución de la fuerza del hombre por la de la máquina, lo cual , a su vez, hizo que la fabricación de bienes en fábricas fuera más económica que en el hogar. Esas grandes y eficientes fábricas que utilizaban equipo motorizado

requerían habilidades administrativas. ¿Por qué? porque se necesitaban gerentes que fueran capaces de pronosticar la demanda, asegurarse de que la empresa dispusiera de material suficiente en la elaboración de productos, asignar las tareas a las personas, dirigir las actividades diarias, coordinar las diferentes tareas, asegurarse de que las máquinas se mantuvieran en buenas condiciones de operación y que las normas de trabajo fueran respetadas, encontrar mercados para los productos terminados, y así sucesivamente. Cuando el dueño de una fábrica empezó a tener 100 personas o más, trabajando en ella surgió la necesidad de pagar regularmente la nómina, se volvió importante mantener ocupados a los trabajadores en todo momento. Entonces, la planificación, la organización, la dirección y control, empezaron a ser necesidad.

¿Cómo las teorías guían las decisiones administrativas? El estudio de la teoría contribuye a la comprensión de procesos subyacentes, y con base en ella se elige el curso de acción por seguir. En esencia, una teoría es un grupo coherente de suposiciones estructuradas para explicar la relación entre dos o más hechos observables. Por tanto, las teorías válidas son las que permiten predecir qué sucederá en determinadas situaciones. Con este conocimiento se pueden aplicar teorías distintas a situaciones diferentes.

LAS TEORÍAS CONFORMAN NUESTRO CONCEPTO DE ADMINISTRACIÓN.

El estudio de las teorías administrativas muestra también de dónde provienen las ideas acerca de las organizaciones y la gente que las forman. Por ejemplo, considérese la línea de ensamble de Henry Ford, una aplicación eminentemente práctica de la teoría científica de la administración, el concepto de que los administradores pueden determinar, en forma científica, la mejor manera de realizar cualquier tarea. Esta teoría se basa en la suposición de que a la gente no le agrada el trabajo,. En lugar de eso requieren de una estrecha supervisión y e incentivo de retribuciones monetarias, una suposición coherente dada la naturaleza aburrida, repetitiva y en ocasiones complicada del trabajo en la línea

de ensamble) no obstante, en los últimos años, muchos fabricantes le han hecho frente a una crisis de productividad, calidad y desaliento entre los obreros, lo cual ha obligado a que muchas fuentes de empleo, incluyendo la compañía Ford, tengan que pensar de nuevo en la teoría científica de la administración. Por consiguiente, Ford ha adaptado una nueva perspectiva con respecto a sus empleados, esto es, que les interesa su trabajo y desean opinar en cuánto y cómo se organiza y se lleva a cabo, conceptos que subyacen en el enfoque neoclásico.

LAS TEORÍAS AYUDAN A COMPRENDER EL ÁMBITO DE LOS NEGOCIOS

A medida que se estudien las distintas teorías, se entenderá que cada una es producto de su entorno – los factores sociales, económicos y tecnológicos presentes en un momento y lugar en particular. Este conocimiento ayudará a comprender por qué ciertas teorías son adecuadas para diferentes circunstancias. Por ejemplo, a principios del siglo XX escaseaba la mano de obra calificada, lo cual condujo a los administradores a concentrarse en lograr que cada empleado fuera más eficiente. En este contexto, adquieren sentido los enfoques de Henry Ford. Sin embargo, en el momento actual, cuando el nivel de preparación es más alto y se dispone de abundante mano de obra calificada, otras teorías son más efectivas.

Las teorías son fuentes de ideas nuevas que dan la oportunidad de considerar diversas maneras las situaciones cotidianas. Aunque tal vez se tenga predilección por alguna teoría, es importante darse cuenta de que ninguna predomina en este campo. Por el contrario, el enfoque ecléctico, la costumbre de tomar principios de distintas teorías según las requieran las circunstancias, es algo muy común en la teoría y la práctica administrativa. Se necesita mantener la mente abierta y familiarizarse con cada una de las principales teorías que en la actualidad existen, teorías clásicas de la administración científica que se derivan de la necesidad de incrementar la productividad. En particular, en Estados Unidos la mano de obra calificada escaseaba a principios del siglo XX, la única forma de aumentar la

productividad era acrecentar la eficiencia de los trabajadores. Por tanto, Frederick W. Taylor, L. Gantt y los esposos Gilberth, Frank y Lilliam vislumbraron la estructura de los principios que se conoce como la teoría de la administración científica.

La evolución de las teorías data desde la Escuela Clásica de Administración y de la Administración Científica hasta la Teoría de Sistemas. La teoría de sistemas nació en año 1970 con la Biología, pasando luego por las Ciencias Sociales e influyendo en casi todas las áreas del conocimiento humano. Esta teoría abordó la empresa como un sistema abierto, en interacción con el medio que la rodea.

“La administración sistemática es el proceso administrativo de reunir o combinar todas las partes integrantes de un sistema global para alcanzar determinados objetivos”. En este tipo de administración el “todo” prevalece sobre las partes, que a su vez deben estar relacionadas entre sí, formando una red de comunicaciones con entradas y salidas y en dirección al objetivo superior del sistema central de la organización.

¿QUÉ ES UN SISTEMA?

“Sistema es un conjunto de partes relacionadas entre sí para alcanzar determinado objetivo”, según Chiavenato

Para Murdick: “El sistema es un conjunto de elementos organizados que se encuentran en interacción, que buscan alguna meta o metas comunes, operando para ello sobre datos o información sobre energía o materia u organismos en una referencia temporal para producir como salida información o energía o material u organismos.

En resumen podemos decir que “el sistema es un proceso cíclico que consiste en un conjunto de partes relacionadas entre sí capaces de transformar insumos en productos para satisfacer objetivos de su ambiente”.

Los elementos básicos que componen un sistema se conocen como:

- Insumos o entradas
- Proceso organizacional
- Productos o resultados
- Ambiente

Los insumos o entradas pueden ser materiales o componentes en bruto, materias primas, energía, información en forma de demanda del mercado, acciones de la competencia, actividad económica y datos, el dinero, autoridad legal y política.

El proceso organizacional actúa sobre las entradas anteriores, por medio de un sistema de personas, maquinaria e instalaciones, transformando las entradas en salidas, o sea, productos o resultados.

El proceso organizacional es el mecanismo coherente y racional que se encarga de transformar en productos los insumos que recibe el ambiente. Otros procesos pueden ser político, administrativo, de planificación, etc.

Sus principales productos son los resultados en forma de bienes o servicios, derivados del cambio de forma de los insumos de entrada.

Es el Ambiente el que proporciona los insumos al proceso y absorbe sus productos, reacciona ante éstos y genera información que envía como un nuevo insumo, retroalimentación de esta manera al proceso y complementando así el ciclo del sistema. Está conformado por el entorno interno y externo del sistema, o sea, por todo aquello que rodea al proceso organizacional.

INTERACCIÓN DE LOS SISTEMAS:

El sistema social es el sistema por excelencia, es el que contiene la totalidad de fenómenos, interacciones, acciones y actividades de todo tipo: político, cultural, económico, religioso.

El sistema político es un subsistema del sistema social; el sistema de administración pública, según Johnny Meoño, define la administración pública como un subsistema del Sistema Político, por cuanto resulta obvio que toda acción estatal o pública de cualquier naturaleza, se fundamenta en su capacidad coercitiva y reguladora, lo cual la hace altamente política, en el sentido de poder de negociación y decisión alrededor de todo tipo o clase de conflicto entre personas, comunidades u organizaciones, o entre estas y el Estado.

La administración pública es a la vez el principal mecanismo de conversión del sistema político, por cuanto es por medio de ella, que se genera y concreta toda acción estatal que tiende a satisfacer las demandas sociales requeridas.

El aporte de la teoría de sistemas, en relación con la administración pública, se ubica en que esta tiene la obligatoriedad política, técnica, jurídica y organizativa de actuar como un sistema integrado en la realización del proceso de transformación de insumos a productos.

CLASES DE SISTEMAS:

Sistemas abiertos: Se caracterizan porque su estado original se modifica constantemente por la acción retroalimentación del ambiente, desde su nacimiento hasta su extinción; su supervivencia depende de su capacidad de adaptación a las exigencias del ambiente en que vive. Ej.: instituciones, empresas, familia, persona.

Sistema cerrados: Se caracterizan porque no tienen capacidad de cambio por sí mismo para adaptarse a las demandas del ambiente. Son irreversibles y su estado presente y final está determinado por su estado original. motores de un carro, teléfono, planta eléctrica, etc.

Sistemas sociales: Se caracterizan por estar constituidos por grupos de seres humanos y por poseer una alta capacidad de adaptabilidad al ambiente en que viven. Son dinámicos y actúan con base en objetivos y metas que se fijan. Ej.: partidos políticos, asociaciones, sindicatos, cámaras empresariales.

¿QUÉ ES LA ADMINISTRACIÓN?

La palabra **administración** proviene del latín ad (junto de) y ministratio (prestación de servicios). Implica acción de prestar servicios o ayudar. Se entiende la administración como “ciencia y arte, a la vez”, ya que se basa en el conocimiento científico interdisciplinario y, a la vez, es ejercida con arte, o sea adoptando determinados estilos de acción, según sean las características del momento histórico que se pretende afectar, la localización de las acciones, la conducta, las demandas y las necesidades de la población meta.

Se define como una ciencia social encargada de la utilización racional y óptima de los recursos de los recursos escasos, para atender demandas sociales en un tiempo y espacio dados mediante el aporte organizado de varios individuos.

En el sentido operativo, administración se refiere al proceso de coordinar e integrar actividades de trabajo para que estas se lleven a cabo en forma eficiente y eficaz con otras personas y por medio de ellas.

El proceso administrativo está constituido básicamente por varias actividades que generalmente deben realizar los gerentes, amas de casa, médicos, etc. Dichas

funciones se denominan de ordinario como planificación, organización, dirección y control del trabajo humano.

Todo buen administrador debe acatar los principios básicos, como son:

- División del trabajo y especialización,
- Autoridad y responsabilidad,
- Jerarquía o cadena escalar,
- Unidad de mando,
- Unidad de dirección,
- Subordinación al interés general,
- Ámbito de control,
- Centralización de la autoridad,
- Canales de comunicación,
- Disciplina, remuneración,
- Orden,
- Equidad,
- Estabilidad en el trabajo
- Iniciativa y
- Espíritu de grupo.

Según Hernández Orozco, Carlos, *Análisis Administrativo, Técnicas y Métodos*, La eficiencia es una parte vital de la administración, se refiere a la relación entre insumos y productos. Si se puede obtener más producto con una cantidad dada de insumos, se habrá incrementado la eficiencia. Asimismo, si logra obtener el mismo producto con menos insumos, habrá incrementado también la eficacia. En virtud de que los gerentes trabajan con pocos recursos en materia de insumos – sobre todo con pocos recursos humanos, dinero y equipo. Estos escasos recursos deben ser usados en forma eficiente. Por lo tanto, la gerencia se ocupa de minimizar los costos de los recursos.

Desde esta perspectiva, la eficiencia se describe a menudo como – hacer las cosas bien, es decir hacer buen uso de los recursos de que se dispone.

No obstante no basta ser eficientes. La administración también se ocupa de completar las actividades, a fin de que las metas de la organización puedan alcanzarse, es decir, a la administración le interesa la eficacia. Cuando los gerentes alcanzan las metas de la organización, decimos que son eficaces. La eficacia se describe a menudo como - hacer lo que es más apropiado – es decir, las actividades de trabajo que ayudan a la organización a alcanzar sus metas. Así como la eficiencia se enfoca en los medios para lograr que se hagan las cosas, la eficacia se enfoca en los fines, es decir, el logro de las metas de la organización.

La eficiencia y la eficacia están relacionadas entre sí. Es más fácil ser eficaz si se pasa por alto la eficiencia.

RECURSOS HUMANOS EN EL SECTOR SALUD.

Los cambios económicos, políticos y sociales que está experimentando la Región de las Américas han tenido un gran impacto sobre la situación de la salud de sus poblaciones transformando notablemente los sistemas y servicios de salud. Las crisis económicas, el ajuste estructural, los procesos de democratización y las reformas estatales han servido de marco al desarrollo de sistemas locales de salud y, más recientemente, a los procesos de reforma sectorial.

Según datos de la Organización Panamericana de la Salud - OPS - en su “Programa de Desarrollo de los Recursos Humanos” esos cambios han tenido implicaciones teóricas y prácticas. Teóricas porque han obligado a ampliar y a redefinir la estructura temática del campo de desarrollo de recursos humanos (Recursos Humanos –RRHH-). Ampliar para incorporar cuestiones que hasta ahora no parecían relevantes, como los procesos de trabajo y su gestión en los

servicios. Redefinir principalmente para concebir el recurso humano como sujeto social, ubicado históricamente dentro de una compleja estructura de prácticas técnicas y sociales en un determinado sistema de salud. Con esta perspectiva, la educación, el trabajo y las diversas formas de intervención (regulación, planificación, gestión, negociación, evaluación, etc.) se entienden como procesos y acontecimientos sociales relacionados y definidos con y por actores sociales dotados de intencionalidad.

Los servicios de salud son instituciones complejas, un tipo especial de organizaciones profesionales que algunos economistas llaman “servicios mano de obra intensivos” y algunos sociólogos “organizaciones del proceso humano”. En estas organizaciones, la producción de servicios depende de la contribución técnica y del comportamiento de los trabajadores de salud, sobre quienes influyen complejos procesos de profesionalización, el contexto de la organización y los recursos disponibles. Existe también un factor cultural modelador del comportamiento de los trabajadores y de su relación con los usuarios, muy importante a la hora de definir condiciones de trabajo efectivas en esos servicios. En las instituciones de salud está surgiendo una problemática laboral que no puede ser ignorada por más tiempo.

Por este motivo, llama la atención el escaso desarrollo de la gestión de “Recursos Humanos - RRHH” en los servicios de salud de la Región, más todavía se recuerda que los hospitales son una de las instituciones sociales más complejas y conflictivas, y que el gasto en personal de cualquier sistema público de América Latina no baja del 70% (OPS).

En otro orden de ideas, según manifiesta Daniel Purcallas de la Organización Panamericana de la Salud, Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud, Programa Regional de Desarrollo de Recursos Humanos en Salud, PASCAP, Transformación Estratégica en Recursos Humanos en Salud, Daniel

Purcallas, OPS-OMS “Pero qué cosa son los problemas en recursos humanos en salud si formulamos esta pregunta, la respuesta habitual gira en torno a la mala distribución del personal, su escasa capacidad técnica, su limitada motivación, su inadecuada formación, su constante tendencia a la parcelación del trabajo, tal vez la tendencia a desempleo, los conflictos laborales cada vez más constantes, en fin, la lista suele ser muy intensa...Generalizando, se puede afirmar que los problemas que comúnmente se identifican provienen de dos fuentes; por un lado, la persistencia de problemas que en el pasado pueden haber sido considerados como relevantes a partir de un análisis de cierta superficialidad y que se plantea reiteradamente, en la medida en que persiste la no profundización de los mismos; la otra fuente, se nutre de la lectura puntual de las manifestaciones “perversas” que sobre servicios tienen “inadecuaciones” del personal de salud.”

“El personal de salud, lejos de poder ser manipulado y adecuado a las necesidades definidas fuera de él, se comporta, como no podría ser de otra manera, como sujetos individuales colectivos, inteligentes, dinámicos. Es decir que el personal de salud discute y toma posición, esto es, impulsa o impide el desarrollo del proceso productivo, se organiza y toma control total o parcial de la prestación de servicios, dicho en otros términos, crea el proceso de producción en salud.

Así vistos los recursos humanos en salud no solo se desempeñan en las instituciones de salud, sino que administran los otros recursos, organizan los servicios, se relacionan con el ambiente externo, le dan forma y sentido a su práctica, es decir que no “están” en las organizaciones, sino que “son” las instituciones.

En este sentido, el desarrollo en recursos humanos constituye el factor crítico del desarrollo en salud, factor que se torna en el principal obstáculo a las propuestas de cambio y por lo mismo, en el más trascendente reto.

El proceso de desarrollo en recursos humanos es un todo integrado de difícil visualización debido a la aproximación parcelar (institucional,

disciplinaria, etc.) con que lo solemos abordar. Esta visión parametrada es en cierto modo el principal obstáculo para el desarrollo en ese campo.

Desde esta perspectiva, la gran área planteada es la construcción del campo de recursos humanos, como un área de intervención y conocimiento integral y estructural en salud, dirigido a orientar el proceso global y cada una de las acciones en este campo hacia el mejoramiento creciente de la salud de la población.”

LAS ORGANIZACIONES, ELEMENTO ESENCIAL

La forma en que cada país enfoque los desafíos derivados de la economía global será determinado, en su totalidad, por el desempeño de sus organizaciones públicas y privadas. En último término, la riqueza y el bienestar de cada sociedad dependen de sus recursos humanos, que en todos los casos operan dentro de organizaciones. Las organizaciones generan empleos, productos y servicios necesarios para una economía moderna. Al vender más bienes y servicios en los mercados internacionales, las organizaciones pueden generar mayor riqueza para sus sociedades y contribuir a su vez a elevar el nivel de vida de todos sus componentes.

Las organizaciones tienen que estar definidas por planes estratégicos, objetivos, metas, políticas y normas que regulan la actividad. Es así que si no sabe hacia dónde va, ¿cómo sabrá cuándo llegará? La administración no se puede practicar correctamente si no se tienen los objetivos definidos, de igual forma se deben establecer las políticas que son guías generales de la acción de cómo ordenar sus negocios y sus actitudes hacia mejores resultados. Indican en otras palabras la filosofía de la organización.

Alan Filley y Robert House señalaron cuatro características principales que las describen:

- Las políticas son guías de acción que dirigen las actividades de la organización hacia metas prescritas.
- Las políticas limitan a menudo el comportamiento al prescribir métodos para el logro de las metas.
- Las políticas ayudan a tomar decisiones al establecer reglas que juzgan la aceptación o no aceptación de cursos alternativos de acción.
- Las políticas ayudan a asegurar un comportamiento estable, consistente, uniforme y viable que es conveniente para la organización.

Cuando se formulan las políticas, se debe velar por los objetivos de la organización con el propósito de tener una comprensión completa de adónde se dirige la organización antes de establecer las guías de acción, con el fin de evitar conflictos, el que formula las políticas debe considerar las metas en corto, mediano y largo plazo, ya que la organización debe interesarse por su imagen, los que formulan las políticas se deben informar de las responsabilidades sociales y éticas de la organización (Tomado de Drucker, Peter F., *The Practice of Management* New York: Harper y Brothers).

EL PLAN DE MEJORAMIENTO

Como uno de los propósitos de este trabajo de investigación es la propuesta de un Plan para el mejoramiento en la aplicación a las listas de espera de cirugía de Ortopedia Infantil del Hospital Nacional de Niños, para la construcción de la viabilidad de un plan como el propuesto se debe contar no solo con la identificación del problema de manera que permita aplicar planes de acción, sino que es importante reconocer que los actores – el recurso humano - que participan en el proceso desempeñan un papel muy importante en el éxito o el fracaso del mismo. Tal y como lo expresa Purcallas de la OPS “el personal de salud lejos de poder ser manipulado y adecuado a las necesidades definidas fuera de él, se

comporta como no podría ser de otra manera, como sujetos individuales colectivos, inteligentes, dinámicos”.

En este caso, en el Hospital de Niños, el recurso humano, principalmente los ortopedistas infantiles, tienen un papel muy importante en la aplicación de cualquier plan que se quisiera recomendar, ya que en mucho depende de ellos buena parte del éxito o fracaso, por ser protagonistas del cumplimiento de las cirugías.

Los aspectos de viabilidad cobran especial importancia a partir del momento de la evaluación y selección de las alternativas de acción, en la medida en que el proceso que se pretende impulsar produce necesariamente incertidumbre, la que solo se puede resolverse mediante la evaluación de la capacidad relativa de cada actor para impulsar u oponerse a la situación objetivo y al plan de intervención propuesto.

ACTORES SOCIALES

La capacidad de intervención, para transformar o para mantener la situación en recursos humanos, está definida por los actores sociales - cuyos comportamientos son el objeto de reflexión del pensamiento estratégico, puesto que es por medio de esos comportamientos, que se logra alcanzar los objetivos que ese pensamiento formula – Testa Mario, Op. Cit, Pág. 37.

Dicho en otros términos, la identificación de actores y el reconocimiento de sus eventuales comportamientos es un elemento fundamental al desarrollo en recursos humanos, sin el cual el plan de acción sería ejercicio formal, con ninguna capacidad real de transformar la situación en el campo.

La conformación de actores puede ser individual o colectiva. Actor individual es un sujeto que tiene intereses en el área de los recursos humanos en salud y que

ocupa una posición que lo coloca en una situación de peso en el área; por otro lado, el actor colectivo es una agrupación de sujetos sociales individuales, estructurada en actor social. Los actores sociales son animados por intereses que los definen y que le dan forma a su pensar y hacer.

Así, es necesario que el individuo o grupo tome conciencia de su posición y asuma una postura determinada. En el caso de un sujeto colectivo, su condición de actor social dependerá de su común comprensión de los intereses generales al conjunto, los cuales estarán relacionados con la función social específica que cada quien desarrolle.

En resumen, los actores sociales individuales o colectivos son factores importantes para que la implementación de un determinado plan tenga éxito o fracase.

La primera parte para implementar el plan será identificar cuáles actores son relevantes y cuáles no, quiénes están interesados en este proceso, qué actores individuales o colectivos se pueden ver afectados por el plan, quiénes estarán implicados en la decisión de llevarlo adelante, y quiénes tendrán que ver con su materialización o con sus consecuencias probables.

- **Actores relevantes de este plan:** Director General del Hospital Nacional de Niños, jefatura de Cirugía, jefatura de Ortopedia, médicos especialistas en Ortopedia infantil, enfermeras, personal administrativo, Contraloría General, Trabajo Social, técnicos, médicos anestesiistas, paciente, padres de familia y opinión pública.

Características básicas por tomar en consideración.

- **Intenciones:** Identificar la ideología, sus tendencias, reacciones en situaciones pasadas, valores, autoridad. En general, deberá hacerse un

juicio de valor que el actor asigne al plan de acción y a las operaciones que contiene.

- **Capacidad:** Se deberá reflexionar sobre su peso político, los recursos que maneja, su creatividad, su estilo de trabajo, su agresividad, los espacios y formas de intervención que desarrolla. En resumen, se deberá estimar su conducta esperada y los recursos de que dispone.
- **Necesidades:** Se deberán explorar su urgencias, los requerimientos de sus planes actuales, es decir, sus demandas e insatisfacciones más evidentes.
- **Alianzas y conflictos:** Se estimará su afinidad o disparidad con otros actores, su capacidad de liderazgo. Es decir, su capacidad de movilizar otros actores en función de sus intereses. Se incluyen los actores bajo análisis y otros que no se hayan reconocido previamente, pero que se revelen a la luz de sus relaciones con los primeros.

En resumen, lo que interesa del análisis anterior es visualizar si los actores están en contra o en favor del plan. En forma paralela, la tarea estratégica consiste en conseguir que cada actor favorezca el plan o, en todo caso, se muestre indiferente a este, pero que no se convierta en un obstáculo para su implementación del mismo.

Los cuatro ejes fundamentales para la implementación de un plan son:

- **Viabilidad política**
Se cuenta con los recursos de poder necesarios para desarrollar el plan:
El grupo está en condiciones de realizar las acciones que le permiten acumular el poder necesario.
- **Viabilidad económica**
Se dispone de los recursos económicos necesarios para el desarrollo del plan

- **Viabilidad técnica**

Se dispone en el momento actual, o se está en condiciones de desarrollar los procesos técnicos que requiere el plan.

- **Viabilidad organizativa**

El grupo y cada uno de sus integrantes cuenta con la capacidad de gestión que el plan requiere de ellos.

El desarrollo de un plan es un proceso complejo, donde la posición de los actores, el requerimiento de los recursos, la tecnología necesaria y la organización posible, cambian a lo largo de su desarrollo, así, tendrá diferentes momentos que Testa Mario, Op. Cit, pág 282, establece como programas de apertura que cumplen la función de desencadenar un proceso, programas de avance que implican la realización concreta de los cambios propuestos y los programas de consolidación.

ESTADO DE LA CUESTIÓN

Como se ha explicado muy brevemente en la justificación esta investigación busca determinar cuáles son los procesos y subprocesos que intervienen en la prestación, para que los niños que requieren una cirugía del Servicio de Ortopedia Infantil del Hospital Nacional de Niños, tengan que esperar meses y hasta años, para que se les resuelva su problemática de salud.

Actualmente los padres de familia que tienen a sus hijos con alguna dolencia que es referido al Servicio de Ortopedia Infantil es enviado con una “Referencia” por los Médicos de los EBAIS, Clínica Periférica, Hospital Periférico o Hospital Regional al Hospital Nacional de Niños, esto por cuanto es el único Hospital especializado que puede resolver esta problemática.

Gráfico No. 1

**Red de Servicios del
Hospital Nacional de
Niños**



Para enfrentar esta demanda el Hospital Nacional de Niños deberá contar con los recursos humanos, financieros y materiales para su resolución en forma oportuna tal y como lo establece su enunciado en su misión, que a la letra dice: "Contribuir a mejorar la salud de la población infantil del país brindando una atención especializada y de emergencia, mediante servicios integrales de calidad, con eficacia, eficiencia, equidad y oportunidad".

(1) Cuando se dice con equidad y oportunidad los demandantes esperarían esta respuesta que reza en la misión del Hospital, pero la práctica está demostrando que tal "oportunidad" no se está presentando por cuanto las citas para la resolución de su dolencia están a largo plazo.

Para mayor ilustración de cuál es el quehacer de este Hospital, me permito transcribir unos párrafos de la que resume en la Reseña Histórica, Hospital Nacional de Niños, Doctor Carlos Sáenz Herrera, Centro de Ciencias Médica de la C.C.S.S., San José, Costa Rica, A.C. 1999, que en uno de sus apartes dice:

"HACIA UN CENTRO DE CIENCIAS MEDICAS:

- "El Hospital Nacional de Niños "Dr. Carlos Sáenz Herrera", inició sus labores con un nuevo edificio, 400 funcionarios y un presupuesto anual de 9 millones de colones. Al principio no se contaba con subespecialistas, sólo pediatras generales, pero ahora contamos con 30 subespecialidades. Antes predominaron las enfermedades agudas y la desnutrición, ahora las enfermedades crónicas y las malformaciones congénitas. Hace 35 años la tecnología usada fue de poca complejidad y la mortalidad elevada, ahora la tecnología es sumamente compleja y la mortalidad es baja. El 80% de los medicamentos que se usaban en se tiempo, ya no se usan y el 100% de los procedimientos diagnósticos o terapéuticos que se emplean en la actualidad son nuevos o modificaciones de los anteriores.

- Se han atendido 7 millones de consultas externas y 700.000 niños fueron hospitalizados, la gran mayoría salvando la vida, se han practicado 350.000 intervenciones quirúrgicas y recibido 1 millón de emergencias. Igualmente importante ha sido la preparación de prácticamente todos los pediatras y neonatólogos que trabajan en nuestro país y contribuido a la formación de más de 15.000 profesionales que han tomado cursos en nuestro Hospital, se identificaron las principales causas de diarrea e infección respiratoria en nuestro medio y se definieron tratamientos como la rehidratación oral y rehidratación intravenosa rápida; el niño agredido y la violencia intrafamiliar fueron revelados por los profesionales de Trabajo Social, se ha estado trabajando en diagnóstico prenatal, prevención del retardo mental y manejo multidisciplinario de malformaciones congénita complejas y trastornos del aprendizaje. Después de la Universidad de Costa Rica, el Hospital Nacional de Niños, Dr. Carlos Sáenz Herrera, es el Centro de mayor producción de investigaciones científicas de nuestro país.

- Toda vez que en la actualidad predominan enfermedades crónicas, cuyo diagnóstico, tratamiento y costo de atención y prevención son mucho más elevados y complejos, esto es, que el paciente de hoy requiere de una atención que se adecue a los complejos problemas que padece, la estructura y organización del Hospital, debe adaptarse a los nuevos tiempos y para ello es necesario convertirlo en un Centro de Ciencias Médicas, que se conforma en un conjunto de facilidades para mejorar la calidad de la atención médica en un ambiente académico de seriedad y dedicación, para enfrentar la medicina del próximo siglo.

- El Hospital Nacional de Niños fue declarado por la Caja Costarricense de Seguro Social como Centro de Ciencias Médicas, en sesión celebrada por la Junta Directiva el 19 de mayo de 1994” (1)

MARCO ESTRATÉGICO HOSPITAL NACIONAL DE NIÑOS:

MISIÓN:

Contribuir a mejorar la salud de la población infantil del país brindando una atención especializada y de emergencias, mediante servicios integrales de calidad, con eficiencia, eficacia, equidad y oportunidad.

VISIÓN:

Ser un Centro de Ciencias Médicas para la atención de las patologías de la más alta complejidad, capaz de mejorar la salud de la población infantil de Costa Rica, y de contribuir a la formación pediátrica nacional e internacional por medio de docencia e investigación.

PRINCIPIOS Y VALORES:

Nada de lo que se ha logrado en el pasado y nada de lo que seamos capaces de hacer en el futuro, podría verdaderamente ser sólido si no descansa fuertemente en claros y rectos principios y valores morales. Junto al conocimiento científico y tecnológico debemos cultivar una gran devoción por el comportamiento ético de todos los que aquí trabajamos, convencidos de que solo así será posible alcanzar los grandes ideales de progreso y servicio a los niños de Costa Rica, ideales que nos enervado el espíritu desde que este hospital abrió sus puertas en 1964.

PRIMEROS LOS NIÑOS:

En nuestro hospital los niños tienen que estar en el primer lugar, todo lo demás estará siempre después de los niños. Ese es un principio fundamental para garantizar que ellos nunca serán maltratados o marginados en ninguno de sus intereses o derechos. Además es nuestro deber luchar para que los niños también estén de primeros en el Sistema Nacional de Salud y en toda la sociedad costarricense. Como los niños pequeños no hablan, nosotros debemos asumir la responsabilidad de hablar por ellos.

SEGURIDAD PARA TODOS:

Las medidas de seguridad tienen como objetivo tratar de prevenir efectos nocivos para la salud e integridad física de los trabajadores, pacientes, familiares y visitantes.

No siempre pueden controlarse los riesgos que emanan de las múltiples actividades laborales; por eso hay que recurrir al empleo de equipos de protección y cumplir a cabalidad con las recomendaciones que para las labores específicas del trabajo se han enunciado.

El hospital debe ser el Centro de muy alta seguridad en todo lo que en él se lleva a cabo y para todos los que estamos aquí.

RACIONALIDAD-RECTITUD INTEGRIDAD:

Muy variados son los esfuerzos que todos los días se hacen para proveer al hospital de materiales necesarios que permitan al trabajador realizar su labor en un ambiente confortable y seguro.

Las acciones del trabajador deben estar diariamente orientadas a usar todos los recursos con gran sentido de honestidad. Debemos condenar y combatir enérgicamente las actividades que pretenden desviar los recursos del hospital hacia otros fines o dilapidarlos.

PUNTUALIDAD Y ASISTENCIA

Uno de nuestros más valiosos recursos es el tiempo de trabajo. Todo lugar de trabajo está integrado por personas que tienen asignadas funciones específicas,

por ello la presentación de servicios requiere puntualidad e invariable asistencia de todos los miembros de la institución.

Debemos combatir el ausentismo y considerarlo una vergüenza, porque solo se puede cumplir a cabalidad con nuestra misión, si trabajamos con dedicación, devoción y sin interrupciones.

DILEGENCIA Y RESPONSABILIDAD:

Es estar listo y dispuesto a “responder” a todo aquello que tengamos que enfrentar diariamente con, conocimiento, habilidades y actitudes correctas. Ser responsables es ser diligente.

AFICIONADO POR EL CONOCIMIENTO Y EL MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD.

En la época actual el conocimiento cambia rápidamente; es por ello que debemos desarrollar una intensa afición por el conocimiento y una apertura al cambio en pro de un mejoramiento continuo de la calidad, que nos permita estar actualizados para hacer las cosas cada vez mejor.

COMUNICACIÓN CON RESPETO Y AMABILIDAD:

Es una condición básica de la vida humana; recordemos que toda las conductas están dirigidas a la interacción con los demás, de manera que se satisfagan las necesidades de comunicación e información, en un clima de respeto y amabilidad.

La comunicación es mucho más efectiva si se ofrece inmediatamente después de que una conducta determinada se ha producido. Respetar a las personas es dialogar con ellas y tratarla con la consideración debida, como cada uno de nosotros quisiera ser tratado.

PASIÓN POR LA EXCELENCIA:

Con nuestro trabajo debemos estar orgullosos e insatisfechos al mismo tiempo; sentirnos insatisfechos es creer que podemos progresar, y ese afán de progreso y perfeccionamiento nos llevará a buscar incesantemente la excelencia. Es necesario que consideremos a la excelencia, una virtud.

TRATO HUMANO Y BENEVOLENTE:

Es un principio fundamental, el estar consciente de que estamos tratando con seres humanos y que debemos asumirlos en una condición integral, tomando en cuenta y respetando en todo momento su condición cultural, sus sentimientos (tanto de los niños como de sus parientes), haciendo del hospital una extensión de su propio hogar, procurando minimizar hasta donde sea posible, el sufrimiento que ya de por sí causa el dolor y la enfermedad.

ESPIRITU DE SERVICIO;

Todos los colaboradores de este hospital, deben trabajar desde su área, independientemente de cual sea su quehacer, con la convicción de que el esfuerzo conjunto debe procurar siempre, obtener una mejor condición de vida y de salud para la población para la cual nos debemos.

POLÍTICA DE CALIDAD:

“Somos una institución dispuesta a brindar servicios de salud especializados e integrados y de excelente calidad, a la personas menores de edad del país, con eficacia, eficiencia, equidad, oportunidad y calidez, satisfaciendo su expectativas y necesidades, contando para ello con personal altamente calificado, motivado, identificado y comprometido con el mejoramiento continuo de la calidad del trabajo

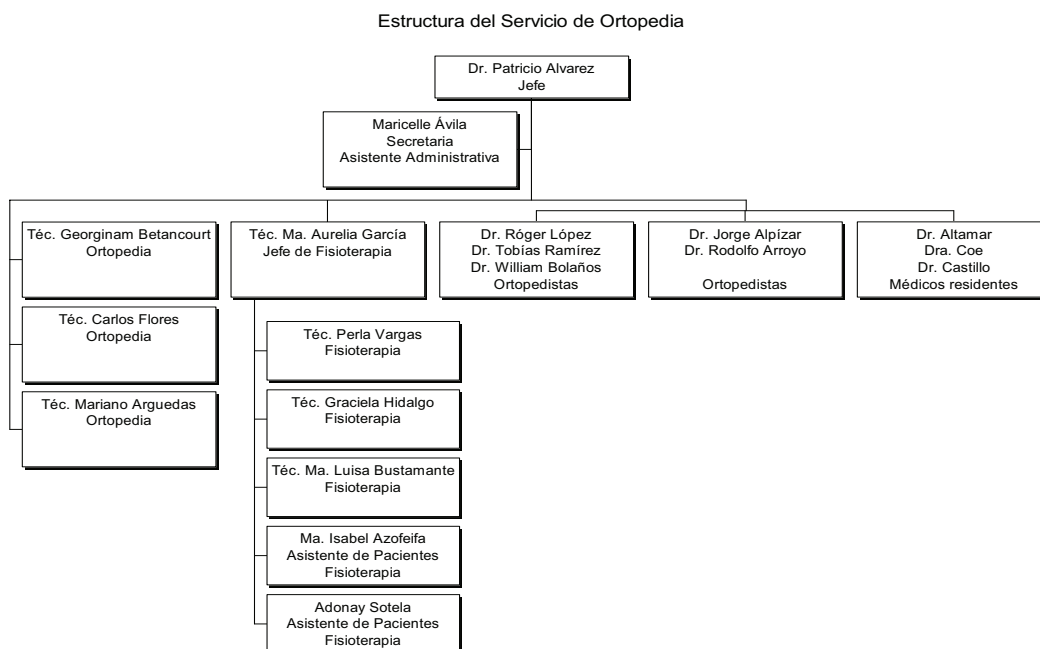
y la calidad del servicio; contribuyendo en la formación y especialización con excelencia, de profesionales en el campo de la pediatría, complementado con la investigación científica”

Tomado del broshours “MARCO ESTRATÉGICO – Hospital Nacional de Niños Doctor Carlos Sáenz Herrera, Centro de Ciencias Médicas de la CCSS, Dr. Rodolfo Hernández Gómez, Director General 2002”

ORGANIZACIÓN INTERNA:

El Hospital cuenta con una estructura interna debidamente establecida donde se definen los niveles de responsabilidad y ámbito de acción de cada Departamento, Sección, etc., dirigidos por una Dirección Médica y Administrativa Financiera. Para efectos de esta investigación solo indicaremos la estructura que corresponde al Servicio de Ortopedia Infantil como una dependencia del Departamento de Cirugía.

Diagrama No. 1 Organigrama del Servicio de Ortopedia



Fuente: Basado en entrevistas.

Estadísticas generales del Departamento de Cirugía

Tabla No. 1
Hospital Nacional de Niños
Servicio de Ortopedia
Indicadores Hospitalarios
Período 1998-2002

Detalle	1998	1999	2000	2001	2002*
Ingresos	1066	1023	976	823	653
Egresos	1255	1249	1070	924	729
Ingresos Extra	289	166	181	188	147
Egresos Extra	103	65	91	87	68
Índice Ocupacional (%)	103.7	104.8	104.6	85.1	85.2
Estancia	3477	3459	3077	3759	2044
Estancia Promedio (días)	2.6	2.6	2.7	2.7	2.6
Giro de Cama	150.9	146.7	129.0	112.3	88.6
Fallecidos	0	0	0	0	0
Tasa de Mortalidad	0	0	0	0	0
N° de Camas	9	9	9	9	9

Fuente: Documentos Médicos y Estadísticas
 Unidad de Investigación y Análisis, Hospital Nacional de Niños

Tabla # 2
Servicio de Ortopedia
Consulta Médica
Período 1998-2002

Periodo	Total	1era vez año	1era vez Espec.	Subsecuente	Programadas utilizadas Horas	
1998	11.832	4.855	264	6.713	2.618.58	2.540.10
1999	15.439	3.044	1.558	10.837	3.664.00	3.313.00
2000	16.026	3.271	1.674	11.081	4.148.00	3.888.00
2001	15.422	5.298	1.448	8.676	4.397.00	3.688
2002	11.747	5.597	1.143	5.007	3.073.54	2.575.67

Fuente: Documentos Médicos y Estadística
 Unidad de Investigación y Estadística, Hospital Nacional de Niños

Tabla # 3
Servicio de Ortopedia
Pacientes atendidos en Consulta Externa
Período primero semestre-2002

Consulta	Horas Programadas de Consulta	Horas Utilizadas	% Horas Utilizadas	N° Pacientes por atender	N Atendidos	% Pacientes Atendidos
Clínica de mano	86	66	76.74%	258	254	98.44%
Ortopedia General	2.053	1.719	83.73%	6.159	7.749	125.8%
Escoliosis	199	221	111.05%	597	457	76.54
Osteomielitis	60	48	80%	180	168	93.33%
TOTAL	2.398	2.054	85.65%	7.194	8.628	119.93%

Fuente: Documentos Médicos y Estadística
 Unidad de Investigación y Estadística, Hospital Nacional de Niños

PROCESOS INTERNOS DE ATENCIÓN AL PACIENTE:

Para desarrollar esta investigación es preciso analizar los procesos y sub-procesos que están involucrados en la atención de los pacientes.



Fuente: Entrevistas Cara a Cara

PROCESOS SELECCIONADOS:

- Ingreso de pacientes por el Servicio de Emergencia
 - Ingreso de pacientes por la Consulta Externa
 - Ingreso de pacientes por referencia de otras unidades
 - Sistema de programación de cirugías en ortopedia
 - Sistema de programación de salas en anestesia
 - Ejecución de la cirugía
-
- **INGRESO DE PACIENTES POR EMERGENCIAS:**

Los padres de familia o los acompañantes del niño ingresan por el Servicio de Emergencias, pueden ingresar por varios medios sea por ambulancia, Cruz Roja, Unidad de Rescate, Taxi o vehículo particular o por otros medios. Es recibido por personal del Hospital para ser posteriormente valorado en la Sala de Espera, posteriormente pasa a ser valorado por el médico de guardia y demás equipo de apoyo, Enfermeras, Asistentes de pacientes, camilleros, si requiere exámenes de diagnóstico y tratamiento como los servicios de rayos X, Laboratorio Clínico, TAC, etc., una vez que su caso se decide que pertenece a Ortopedia se consulta con el Especialista de Disponibilidad, con el apoyo del técnico de ortopedia, aquí se pueden dar dos situaciones o su dolencia no amerita internamiento, únicamente se deja en observación y el paciente regresa a su hogar, pero puede ocurrir que deba ser intervenido en forma de emergencia y debe pasar a las Salas de Operaciones para su intervención. También puede darse el caso de que el paciente se establece y se le remita a control para la consulta externa y ser valorado en caso necesario por la Junta de Médicos para su decisión final.

- **INGRESO POR REFERENCIA**

Cuando el paciente ingresa por referencia al Hospital es que ha sido visto por diferentes niveles de asistencia como son los EBAIS, Áreas de Salud, Clínicas Periféricas, Hospitales Periféricos, Hospitales Regionales. Estos Centros Médicos no cuentan con especialistas en Ortopedia Infantil, por lo tanto no pueden dar solución a los casos que manifiestan dificultad para resolver el diagnóstico. Los casos deben traer las placas para que el médico del Hospital de Niños pueda valorar al paciente y ubicarlo en la agenda para la consulta externa. El criterio de selección es bastante riguroso por cuanto de acuerdo con el diagnóstico, muchos casos pueden ser atendidos por médicos Ortopedistas Generales en el nivel local, cuando se da esta situación y el caso es de baja complejidad, se rechaza para que sea resuelto a nivel local.

- **INGRESO POR CONSULTA EXTERNA:**

Una vez que el paciente cuenta con la respectiva referencia y se han cumplido con los pasos anteriormente descritos, se procede a valorar el paciente y se pueden dar varias circunstancias que continúe siendo paciente del Hospital, de acuerdo a su tipo de dolencia dado de alta o puede ser remitido para ser intervenido quirúrgicamente y es aquí donde empieza su calvario, pasa a formar parte de la larga espera – 2007.

SISTEMA DE PROGRAMACIÓN DE CIRUGÍAS:

CITA PARA CIRUGÍA: Una vez que el paciente cuenta con la orden para ser intervenido la cual es firmada por el médico especialista en ortopedia, se presenta a donde la Secretaria del Servicio de Ortopedia, para solicitar la cita de su intervención. Se anota en un cuaderno manual que lleva la Secretaria y se le programa para su cita en el servicio de cirugía.

INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA: Una vez que se tiene la programación se revisa los casos de acuerdo con la secuencia de la agenda y respetando el seguimiento de los pacientes de acuerdo con la agenda, aspecto que ha sido difícil de probar por cuanto se ha podido comprobar que no se lleva un control de llamadas o cualquier medio de localización o base de datos que pueda demostrar que realmente el paciente fue localizado en algún momento. De manera que se garantice el respeto de los pacientes de acuerdo con la agenda y a la fechas, se opera de primero el que más tiempo tiene de esperar, sin embargo en las horas de salas aparecen niños que no se encontraban cercanos a la fecha de la cita o que no aparecen en ninguna agenda. Estos casos provocan que el cuello de botella se dé no solo por los tiempos de las agendas, sino por estos pacientes obtienen un privilegio que perjudica el derecho al niño que es desplazado en la lista de espera.

Después de la valoración que es dada por la Junta de Médicos y el caso debe ser intervenido y anotado en la lista de Sala de Operaciones para la semana siguiente se verifica que el paciente haya sido valorado por el médico tratante y cuente con los exámenes pre-operatorios se incluye en la lista para ser operado. En caso de suspensiones se localiza a otro paciente que se encuentre en espera, y que se pueda intervenir de acuerdo al diagnóstico del día de la programación. Esto por cuanto no todos los días se hacen los mismos procedimientos.

SISTEMA DE PROGRAMACIÓN DE SALAS:

La programación de salas ya se encuentra predeterminada, cada especialidad tiene asignada su sala de acuerdo al procedimiento y al día que le corresponde. Únicamente la Sala de Emergencia no se puede utilizar. El procedimiento para las jornadas ordinarias es el siguiente: La Secretaria del Servicio de Anestesia recibe la programación de los médicos de Ortopedia Pediátrica y se confecciona la lista definitiva con la asignación del médico anestesista que va a apoyar el procedimiento. Posteriormente esta programación es pasada a la Enfermera Jefe

de Sala de Operaciones para que asigne el personal de enfermería – Enfermera Instrumentista, Circulante, Asistente de Sala de Operaciones, personal de aseo, etc.

PROCESO DE EJECUCIÓN DE LAS CIRUGÍAS:

Para la ejecución de las cirugías deben cumplirse estrictamente una serie de procedimientos por todo el equipo de trabajo donde se incluye el médico cirujano y demás personal que va a servir de apoyo. Como primer paso se debe dar la preanestesia al paciente prepararlo en forma emocional, posteriormente el equipo prepara la limpieza y acondicionamiento de los equipos, aires y gases necesarios, materiales como suturas, gasas, etc., arsenal quirúrgico, paquetes de salas debidamente esterilizados, ropa del paciente, ropa del personal. Una vez que se ha cumplido con este ritual y se comprueba que todo está en orden se procede al procedimiento quirúrgico. Posteriormente el anestesista interviene para dejar al paciente con los signos vitales para ser trasladado a la Sala de Recuperación donde se espera que el paciente recobre su conciencia y signos en forma normal, para posteriormente ser trasladado al salón donde es recibido por el personal para su control y recuperación y en caso crítico pasa a Cuidados intensivos.

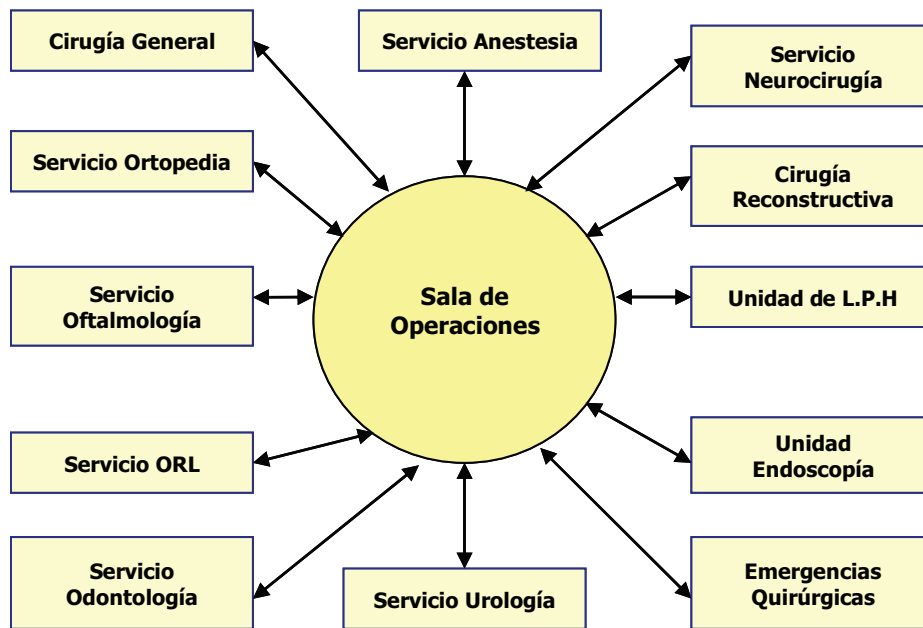
SALAS DE OPERACIONES:

El Hospital Nacional de Niños cuenta actualmente con 7 Salas de Operaciones las cuales deben ser utilizadas por las siguientes especialidades a cargo del Departamento de Cirugía y esta constituida por las siguientes especialidades:

- Servicio de Cirugía General
- Servicio de Ortopedia
- Servicio de Oftalmología
- Servicio de Otorrinolaringología
- Servicio de Odontología

- Servicio de Oncología
- Servicio de Urología
- Servicio de Anestesia
- Servicio de Neurocirugía
- Servicio de Cirugía Reconstructiva y Quemados
- Servicio de Cirugía Cardiovascular y Tórax
- Unidad de Labio y Paladar Hendido
- Unidad de Endoscopia Digestiva
- Unidad de Emergencias Quirúrgicas y Trauma

Gráfico No. 3
Salas de Operaciones del Hospital Nacional de Niños



FUENTE: Elaboración propia con base en entrevistas

RECURSOS HUMANOS:

Los médicos cirujanos especialistas en ortopedia infantil se indican en el cuadro # 6 donde se describe el número y las horas contratadas, así como las horas programadas por semana para que se dediquen a los procedimientos quirúrgicos.

Los Médicos anestesiistas son 10 lo que permite la realización de las cirugías sin problemas con la actual programación.

Además por ser el Hospital de Niños un centro de gran entrenamiento o sea una Hospital Escuela, cuenta con Residentes que se están especializando en Ortopedia Infantil y Anestesia. Actualmente se forma un Residente que se espera se egrese en el año 2004.

El personal de Enfermería está en capacidad suficiente de dar apoyo a las cirugías que se programan en forma ordinaria como extraordinariamente con la programación actual.

Tabla N° 4

Instrumental que se requiere para las cirugías ortopédicas

Cantidad	Instrumental
2	Rongeur de Luer recto 7"
1	Rongeur de Luer curvo de 7"
4	Levantadores de Periosteo de Langenbeck
2	Desperiosteadores de Lambotte (15 mm-10 mm)
2	Pinzas de Rochester-Oschner rectas 8"
2	Pinzas de Kocher curvas de 8"
2	Retradores de Guelpi
1	Pinzas de Michel para quitar grapas
4	Porta-grapas de Michel de Hegenbarth
2	Martillo
3	Juego de cinceles rectos de Hibbs
1	Idem Lambotte rectos
1	Juego de Cinceles curvos de Hibbs
1	Idem Lambotte curvo

Cantidad	Instrumental
6	Curetas de Simón N. 1 y N. 2
6	Cureta N. 3 (redondeada)
4	Taladro de mano con su llave
1	Juego de Brocas
5	Brocas largas
3	Brocas pequeñas
N.D.	Pines de Steinman
N.D.	Agujas de Kischner

Fuente: Jefatura de Enfermería de salas de cirugía

PROGRAMACIÓN DE SALAS DE OPERACIONES:

Criterios de programación y distribución de recursos en Ortopedia y Salas de Cirugía

Sistema actual de programación

En la presente sección se definen los recursos como todos aquellos insumos que son necesarios para realizar la labor quirúrgica. La asignación y distribución de los recursos se determina mediante análisis de documentos de uso del hospital, así como entrevistas con cada una de las jefaturas relacionadas, jefes de área y con el mismo personal que participa en este sub-proceso

Debe notarse que con respecto a los recursos que no son de uso general para todas las especialidades en salas de operaciones, se presenta la distribución de los mismos para el Servicio de Ortopedia, la cual se realiza de acuerdo a cada diagnóstico.

Servicio de Ortopedia

Tipos de Cirugía en el Servicio de Ortopedia

Las cirugías que se programan en este Servicio se clasifican como cirugías electivas, ambulatorias y de prioridad.

- **Cirugía ambulatoria:** Las cirugías ambulatorias consisten en intervenciones menores (0-45 min.) que son realizadas por lo general por los médicos residentes. Sin embargo, son procedimientos que se realizan bajo anestesia general y deben realizarse en los quirófanos.
- **Cirugía electiva:** Son las intervenciones quirúrgicas que bajo criterio médico pueden ser programadas según disponibilidad de espacio. No son casos que deban intervenir inmediatamente, sin que esto signifique que plazos prolongados de espera no puedan causar daños mayores al paciente
- **Cirugía de prioridad:** Corresponde a aquellos casos urgentes que se deben programar a la mayor brevedad, en cuanto se tenga cupo disponible. No son emergencias, pero no pueden esperar tanto plazo como para ser programadas junto con las cirugías electivas.

Responsable de la programación

Cada tipo de cirugía delimitada en la sección anterior se lleva a cabo en un registro separado. La secretaria del Servicio es la encargada de llevar estos registros y asignar las citas de acuerdo al criterio que prevalezca. Es esta persona quien recibe la indicación de los médicos acerca del número de cirugías y el horario para realizarla, en la mayor parte de los casos. La lista con las operaciones y horarios a realizarse durante el próximo día debe ser enviada al Servicio de Anestesia el día anterior a su realización antes de las 10:00 a.m..

Programación de la cirugía ambulatoria

Las citas para cirugía ambulatoria se asignan de acuerdo al orden de llegada (PEPS), es decir, el primer paciente en solicitar cita es el primero en ser operado. Sin embargo, existen excepciones si el caso lo amerita. Este tipo de cirugía tiene un plazo de espera de aproximadamente dos meses, período que no representa ningún problema ni riesgo evidente para el paciente.

Programación cirugía electiva

Las cirugías electivas se programan de acuerdo al criterio médico y al cupo disponible. El médico indica a la secretaria la fecha aproximada en que se debe realizar la cirugía y la secretaria le asigna cupo de acuerdo a la disponibilidad de espacio en su registro, sin dejar de tomar en cuenta el criterio médico. Es en este registro donde se presenta el conflicto debido a los largos plazos de espera y la presa de pacientes que se tiene. Si bien, el procedimiento quirúrgico debe ser realizado idealmente en una determinada fecha, esto no es posible y se debe aplazar la intervención hasta plazos excesivos que pueden agravar el daño del paciente y requerir de procedimientos más complicados y costosos.

Las cirugías electivas se clasifican para efectos de su programación como de poca complejidad , complejidad 2, complejidad 3 y complejidad 4 que es la más compleja1. mediana complejidad y complejas.

Cada tipo de cirugía delimitada en la sección anterior se lleva a cabo en un registro separado. La secretaria del Servicio es la encargada de llevar estos registros y asignar las citas de acuerdo al criterio que prevalezca. Es esta persona quien recibe la indicación de los médicos acerca del número de cirugías y el horario para realizarla, en la mayor parte de los casos.

La lista con las operaciones y horarios a realizarse durante el próximo día deben ser enviadas al Servicio de Anestesia el día anterior a su realización antes de las 10:00 a.m..

Responsable de la programación

Cada tipo de cirugía delimitada en la sección anterior se lleva a cabo en un registro separado. La secretaria del Servicio es la encargada de llevar estos registros y asignar las citas de acuerdo al criterio que prevalezca. Es esta persona quien recibe la indicación de los médicos acerca del número de cirugías y el horario para realizarla, en la mayor parte de los casos.

La lista con las operaciones y horarios a realizarse durante el próximo día deben ser enviadas al Servicio de Anestesia el día anterior a su realización antes de las 10:00 a.m..

Los criterios de programación utilizados para las intervenciones electivas son los siguientes:

- Los días lunes se realizan intervenciones medianas y pequeñas. Se programan entre dos y tres operaciones por día. Los procedimientos son variados y no existe ningún tipo específico que se programe este día.
- Los días miércoles se programa una operación de columna, que es de muy larga duración.
- Los jueves se efectúan las operaciones de mano y alargamientos. Se programan de 2 a 3 procedimientos por día.
- Los días viernes, al igual que el lunes se realizan procedimientos variados. También se programan de 2 a 3 cirugías diarias.

Las cirugías únicamente se programan a partir de las 8:00 a.m., debido los horarios de las sesiones. Las sesiones médicas consisten en una reunión de todos los médicos con los residentes con el fin de comentar y analizar los casos que así lo ameriten. Para los residentes forma parte de su proceso de aprendizaje.

Los días lunes y martes se realiza la sesión para el Servicio de Ortopedia. Los días miércoles corresponde a las sesiones de anestesia y los días jueves a las del Departamento de Cirugía. Todas estas sesiones tienen una duración de una hora, a partir de las 7:00 a.m. Por lo general, la última cirugía se programa para finalizar en una hora cercana a la 1:00 p.m..

Es importante destacar que la persona encargada de realizar esta programación, no tiene conocimiento exacto del tiempo promedio de duración de cada tipo de cirugía. La decisión de programar de 2 a 3 cirugías diarias (excepto los miércoles) se debe a que con este ritmo de trabajo se ha podido laborar sin problemas y realizar todos los procedimientos programados. Sin embargo, no se llevan registros sobre el tiempo que no es utilizado en los quirófanos.

Programación cirugía de prioridad

Debido a los largos plazos de espera y a la necesidad de establecer nuevos criterios de programación para lidiar con el problema nació el registro de prioridades. En este registro se anotan los pacientes que sin ser casos de emergencia de vida o muerte, deben realizarse a la mayor brevedad posible. Son casos que no pueden esperar plazos tan grandes como para formar parte de las cirugías electivas. En este registro no se asignan fechas, sino que se trata de un simple listado de los diferentes casos y pacientes. En cuanto se tiene algún cupo disponible, por razones de suspensión de alguna cirugía o alguna otra situación, se programa la cirugía y se avisa al paciente.

DISTRIBUCIÓN DE RECURSOS Y CRITERIOS DE PROGRAMACIÓN EN SALAS DE OPERACIONES

Quirófanos

La distribución de los quirófanos para cada especialidad se realiza de acuerdo a la programación establecida para cada especialidad del Departamento de Cirugía.

Dicha distribución es flexible y entre los médicos se coordina para realizar cambios de acuerdo a sus necesidades.

Nótese que el Servicio de Ortopedia cuenta con disponibilidad de sala todos los días de 7:00 a.m. a 3:00 p.m., exceptuando los días martes. A pesar de esto, solo se pueden utilizar los quirófanos a partir de las 8:00 a.m., debido al horario de las sesiones anteriormente descritos.

Cada semana se designa un quirófano para ser utilizado en intervenciones quirúrgicas de emergencia. Si bien en una determinada semana este quirófano debe estar dispuesto y preparado para ceder espacio a este tipo de procedimientos, no se descarta que la emergencia sea atendida en otro quirófano en caso de ser imposible utilizarlo en ese momento por estarse realizando algún otro procedimiento quirúrgico. La sala designada para emergencias debe programar sus cirugías para esa semana de una forma flexible que permita realizar cambios con facilidad.

El quirófano #7 es de uso exclusivo del Servicio de Odontología, debido a su tamaño, por lo que no es posible realizar otro tipo de intervenciones en él. Además, si bien teóricamente se puede realizar cualquier tipo de procedimiento en cualquier quirófano, se trata de no atender casos contaminados en las salas #2 y #4, que es donde se realizan operaciones de corazón y cerebro respectivamente. Lo anterior debido al alto riesgo quirúrgico de estos procedimientos y la seguridad del paciente. Por lo general, los casos contaminados son intervenidos en las salas #5 y #3; de no ser posible, se realizan excepcionalmente en las salas #1 y #6.

Además de la distribución anteriormente indicada, hay que señalar que también se utiliza la denominada cirugía ambulatoria. Se trata de procedimientos menores, que sin embargo requieren de anestesia general, como se explicó anteriormente. Para tal efecto, el servicio de cirugía general cede un día del que tiene asignado en quirófanos para su especialidad a Ortopedia. Esto se lleva a cabo

aproximadamente cada 15 días, según las posibilidades del Servicio de Cirugía General y usualmente es el día miércoles.

Después de las 3:00 p.m., únicamente quedan funcionando dos quirófanos, los cuales atienden las emergencias que se presenten. La utilización de las otras cinco salas es factible, pero no se hace debido a que sólo queda equipo humano suficiente para cubrir dos quirófanos.

RECURSOS HUMANOS

Médicos cirujanos

El Servicio de Ortopedia cuenta con 4 médicos que laboran de 7:00 a.m. a 1:00 p.m. y dos médicos de 7:00 a.m. a 3:00 p.m. Además se tienen tres residentes que deben laborar 8 hrs. al día, además de laborar como médicos de guardia.

Los residentes trabajan bajo supervisión directa de los médicos. Conforme transcurre el tiempo y adquieren mayores conocimientos y destrezas, se les permite realizar determinados procedimientos por su cuenta. Después de las tres de la tarde, es precisamente un residente el que queda a cargo de las emergencias de Ortopedia que ingresan al Hospital. A esta misma hora se cuenta con un médico bajo la modalidad de disponibilidad, que debe prestar sus servicios y conocimientos en caso de que el residente lo requiera. Esta asistencia puede ser vía telefónica, o bien, puede darse la necesidad de que el médico deba presentarse al hospital, si la emergencia no puede ser cubierta por el residente. De los 6 ortopedistas que se tienen, 5 trabajan además bajo esta modalidad. Las cirugías ambulatorias son realizadas generalmente por los médicos residentes, bajo la supervisión del médico asistente, en la mayor parte de los casos y dependiendo de la experiencia en la patología. En otras ocasiones, dicho tipo de cirugías solamente son realizadas por el médico asistente.

Tabla No. 5

Horas contratadas en el Servicio de Ortopedia

Médico ¹	Horas contratadas diarias
Dr. Alvarez	6
Dr. Arroyo	6*
Dr. Bolaños	6*
Dr. Ramírez	6*
Dr. Alpízar	8*
Dr. López	8*
TOTAL HORAS CONTRATADAS	40

* Realizan disponibilidad después de las 4:00 p.m. a 7:00 a.m.

Fuente: Servicio de Ortopedia

En las operaciones realizadas después de las 3:00 p.m., el residente opera con el interno, es decir el estudiante que está cursando su último año de cirugía.

En cada operación deben estar como mínimo dos médicos, aunque dicha norma no se cumple en la totalidad de los casos, debido al actual sistema de programación de actividades. También existe la posibilidad de realizar procedimientos de forma bilateral, es decir, que un equipo opera por ejemplo el pie derecho y otro equipo el pie izquierdo. De esta forma se logra ahorrar tiempo de sala al tener dos equipos realizando dos procedimientos en paralelo. Esto es muy común en Ortopedia, especialmente en operaciones de las extremidades. Además en cada procedimiento se cuenta también con la presencia y colaboración de un médico residente.

¹ No se incluyen los médicos residentes del Servicio de Ortopedia, que cubren las horas de guardia (4:00 p.m. a 7:00 a.m.)

Si bien todos los médicos puede realizar cualquier procedimiento quirúrgico, existen médicos especialistas y con mayor experiencia en determinado procedimiento, y por lo tanto realizan únicamente o preferentemente cierto tipo de cirugía. En el Servicio de Ortopedia el Dr. Arroyo es el encargado de realizar las operaciones de mano, y el Dr. Alvarez y el Dr. Alpizar son los encargados de las operaciones de columna.

Tabla No. 6

La distribución de médicos del Servicio de Ortopedia para efectuar los procedimientos quirúrgicos es el siguiente:

ESPECIALISTA	DIAGNOSTICO	DIA OPERACIÓN	OBSERVACIONES
Dr. Matamoros	Cualquier patología	Lunes	Sustituye a los otros especialistas en caso necesario
Dr. Alpizar Arias y Dr. Alvarez C.	Columna	Miércoles	
Dr. Arroyo Carvajal	Cirugía de mano y alargamiento	Jueves	
Dr. Ramírez Rojas	Alargamiento de cadera, pie bot	Jueves	
Dr. López Ruiz	Cadera y hostiogénesis imperfecta	Viernes	
Dr. Barboza Picón			Residente de la especialidad apoya cirugías cuando se requiere

FUENTE: Servicio Ortopedia Hospital Nacional de Niños

Médicos anestesiastas

De los 10 médicos con los que se cuenta, 2 trabajan de 7:00 a.m. a 12.00 p.m., 1 labora de 7:00 a.m. a 1.00 p.m. y 7 laboran de 7:00 a.m. a 3:00 p.m. Sin embargo el médico que labora de 7:00 a.m. a 1:00 p.m., y uno de los que tiene horario de

7:00 a.m. a 12:00 p.m. por lo general laboran hasta las 3:00 p.m., como horario extra.

En cada operación debe estar presente como mínimo un médico anestesista. Sin embargo lo más aconsejable es la presencia de dos anestesistas en cada procedimiento. En ciertos tipo de cirugía es indispensable la presencia de dos o hasta tres anestesistas. Por lo general estas dos o tres personas no son todos médicos, sino que se puede incluir a un técnico o un residente.

Esta cantidad de médicos anestesistas es suficiente para mantener trabajando a los siete quirófanos. A pesar de esto, en muchas ocasiones se tienen restricciones porque algunos médicos se encuentran en vacaciones.

Los procedimientos que por lo general necesitan tres anestesistas debido al tamaño y gravedad de las cirugías son cardiovascular, columna y neurocirugía.

Después de las 3:00 p.m. queda laborando un médico anestesista (de 2:00 p.m. a 9:00 p.m., después de lo cual ingresa otro médico). Frecuentemente se tienen muchos inconvenientes, pues en algunas ocasiones este mismo médico debe supervisar dos procedimientos, debido a que son dos las salas que quedan funcionando en este horario. Además de este médico se cuenta con un técnico de 2:00 p.m. a 10:00 p.m., el cual es sustituido por otro técnico a las 10:00 p.m. que permanece hasta las 7.00 a.m. Se cuenta con un residente de 3:00 p.m. a 7:00 a.m.

Otra situación muy común es que en horas de la tarde se pueden requerir los servicios del anestesista en otro lugar del hospital, quedándose descubierto el quirófano. A diferencia del Servicio de Ortopedia, no existe la disponibilidad para esta especialidad.

Si bien, en principio un médico anestesista puede cubrir cualquier tipo de procedimiento, se trata de acomodar a los médicos de acuerdo al tipo de cirugía. Algunos cuentan con más experiencia en unos procedimientos que otros, lo que es tomado en cuenta a la hora de hacer la distribución de personal.

La distribución del personal de anestesia es llevada a cabo por el Jefe del Servicio. Esta distribución se encuentra sujeta a cambios, los cuales deben ser resueltos por el Jefe de Servicio, los cuales se presentan a solicitud del personal.

Equipo e instrumental

El instrumental de uso general no representa ninguna restricción para la tarea de programación, ya que se cuenta con suficiente cantidad. En algunos procedimientos, sin embargo, es necesario utilizar cierto equipo especial, del cual no se tiene más de uno disponible. Si este equipo es utilizado durante dos procedimientos seguidos, situación muy común, se debe esperar a que sea desinfectado para poder ser utilizado de nuevo. La esterilización de este equipo se encuentra a cargo de la enfermera instrumentista. Esta labor le lleva entre 20 y 25 min.², tiempo durante el cual el personal de aseo limpia el quirófano para ser utilizado de nuevo.

Instrumental que se requiere para las cirugías ortopédicas

Cantidad	Instrumental
2	Rongeur de Luer recto 7"
1	Rongeur de Luer curvo de 7"
4	Levantadores de Periosteo de Langenbeck
2	Desperiosteadores de Lambotte (15 mm-10 mm)
2	Pinzas de Rochester-Oschner rectas 8"
2	Pinzas de Kocher curvas de 8"

Cantidad	Instrumental
2	Retractores de Guelpi
1	Pinzas de Michel para quitar grapas
4	Porta-grapas de Michel de Hegenbarth
2	Martillo
3	Juego de cinceles rectos de Hibbs
1	Idem Lambotte rectos
1	Juego de Cinceles curvos de Hibbs
1	Idem Lambotte curvo
6	Curetas de Simón N. 1 y N. 2
6	Cureta N. 3 (redondeada)
4	Taladro de mano con su llave
1	Juego de Brocas
5	Brocas largas
3	Brocas pequeñas
N.D.	Pines de Steinman
N.D.	Agujas de Kischner

Fuente: Jefatura de Enfermería de salas de cirugía

Personal de enfermería

Como se explicó anteriormente, en salas de operaciones trabajan 15 enfermeras, 13 de las cuales son instrumentistas, una sub-jefa de área y una jefa de área. Las enfermeras instrumentistas deben desempeñar la labor quirúrgica en conjunto con el cirujano y debe asistir en todas las actividades generales de enfermería.

Además hay 15 auxiliares de enfermería, que laboran como circulantes y asisten a las instrumentistas. Además ayudan bajo supervisión en las labores generales de enfermería.

De los 13 auxiliares de quirófano, 3 son encargadas de manejar el arsenal quirúrgico, que es todo el instrumental requerido en el desarrollo de la cirugía. Las 3 auxiliares mencionadas deben ayudar en el cuidado, preparación y mantenimiento de artículos (estériles y no estériles). Los diez restantes se encargan de labores varias como traslado de pacientes del quirófano a recuperación y al salón correspondiente, manejo de equipo, etc.

Todo el personal de enfermería debe colaborar en la labor de limpieza de salas de acuerdo con El manual de funcionamiento de las Salas de Operaciones.

El primer turno de enfermería inicia a las 6:00 a.m. y finaliza a las 2:00 p.m.. Se forman equipos para atender cada sala de operaciones. Cada equipo se encuentra conformado por el siguiente personal:

Personal de Enfermería en Quirófano

- Una enfermera instrumentista
- Un auxiliar de enfermería o circulante
- Un asistente de quirófano.

En el primer turno se cuenta con un total de 7 equipos completos, menos un auxiliar de quirófano. La sala #7 corresponde al Servicio de Odontología, donde únicamente necesitan un auxiliar de enfermería. Por lo tanto, siempre queda un equipo completo libre. Además, se debe tomar en cuenta que siempre se encuentra un equipo en vacaciones. Si se compara el número de personas que forman los equipos con el total de personal, se puede observar que sobra personal, el cual corresponde a personal que se encuentra en proceso de entrenamiento y no puede realizar aún las labores por su propia cuenta.

De 2:00 p.m. a 10:00 p.m. laboran 2 equipos completos. De 10:00 p.m. a 6:00 p.m. se cuenta con la misma cantidad de equipos, pero con un solo auxiliar de

quirófano. Este es el personal encargado de hacer frente a las emergencias que ingresan durante este período.

Como se puede observar existe un desfase entre el horario del personal médico (7:00 a.m. a 3:00 p.m.) y el personal de enfermería (6:00 a.m. a 2:00 p.m.), por lo que a las dos de la tarde se realiza cambio de personal de enfermería en los quirófanos donde es posible hacerlo. Un segundo equipo sustituye al que se encuentra trabajando y se continúa con la labor.

La Jefe de Area, es la encargada de realizar, con la colaboración de la Subjefa de Area, la distribución de personal. Uno de los criterios para la distribución es la experiencia de las personas que componen el equipo. Se procura poner a las personas más entrenadas en las cirugías más complicadas.

La distribución por turno es quincenal y la distribución por sala es semanal. Es motivo de complicaciones para la Jefe de Area debido a la gran cantidad de factores a considerar: vacaciones, libres, cambios de turno, experiencia, personal incapacitado, permisos laborales, etc. Las enfermeras que rotan tres en los tres turnos tienen derecho a

un día libre extra cada 12 días. Sin embargo, se pierde este derecho al faltar un día a laborar.

Se procura rotar el personal por todas las salas de operaciones, de forma tal que se familiaricen con los procedimientos e instrumental de todas las especialidades.

Si bien el personal de enfermería inicia su turno a las 6:00 a.m., las cirugías no empiezan hasta alrededor de las 8:00 ó 8:15 a.m., e incluso más tarde. Por lo tanto, son pocas las enfermeras que ingresan a laborar a las 6:00 a.m. El personal que es indispensable llegue a esa hora son las enfermeras que deben relevar a los dos equipos que laboraron de 10:00 p.m. a 6:00 a.m.

Personal de aseo

El personal de aseo no pertenece a Enfermería, pero debe seguir sus indicaciones. Su labor se restringe a la limpieza de pisos, mobiliario y paredes en los quirófanos. Ingresan a la sala de operaciones una vez que el personal de Enfermería a finalizado su labor en la sala.

Dos misceláneos cubren el turno de 7:00 a.m. a 3:00 p.m., mientras que los restantes dos turnos son cubiertos por un solo misceláneo.

Tabla No. 7

Labor semanal en consulta externa del Servicio de Ortopedia

Día	Horas disponibles para consulta externa	Cantidad de especialistas disponibles	Pacientes atendidos (promedio 4/hora)
Lunes	3	4	48
Martes	3	6	72
Miércoles	4	4	64
Jueves	3	4	48
Viernes	4	4	64
Total semanal	17		296

Fuente: Servicio de Ortopedia. No incluye el aporte de los médicos residentes, quienes cubren también la jornada regular y el período de guardia.

DEMANDA

El Hospital Nacional de Niños por ser el único centro hospitalario a nivel nacional especializado en niños, le corresponde atender los casos de baja y alta complejidad que se generen en la especialidad de ortopedia pediátrica, así como en otras especialidades.

Una de las falacias más comunes es de que la gente piensa de que la demanda de asistencia sanitaria por parte de la población es ilimitada. Esto podría ser cierto para otros tipo de bienes o servicios que se prestan a la sociedad civil; pero cuando se trata de salud a quién le interesa visitar un hospital como si se tratara de un centro vacacional o un centro de diversión? La Demanda crece en forma gradual a medida que mejoramos nuestra oferta de servicios, entre mejor sea ésta la demanda irá creciendo. La Institución ha mejorado su modelo de atención en forma integral al paciente, este nuevo modelo ha generado un crecimiento en la demanda de sus servicios ya que al tener el paciente mejor atención esto repercute en un mejor análisis de su problemática y las referencias a los niveles superiores y servicios de apoyo elevan la demanda. La tecnología y el desarrollo van de la mano e irán descubriendo nuevos métodos para combatir las enfermedades del nuevo siglo.

Mientras la oferta es finita la demanda es infinita, a pesar que el gobierno y la Caja cada día asignan más recursos tecnológicos y humanos, será difícil lograr el equilibrio.

El progreso de las sociedades y los avances tecnológicos hacen que la salud se valore más y mejor. Años atrás, casi nadie pensaba en controlarse la tensión arterial o en consumir productos bajos en colesterol, y muchas enfermedades se consideraban como algo inevitable (o tal vez había otros más acuciantes que la salud). Los hospitales eran gratuitos, pero las urgencias estaban vacías. El enfoque estaba dirigido a la medicina natural.

REVISIÓN DE CASOS PENDIENTES:

- Mediante estudio realizado recientemente se ha podido clasificar por parte del Dr. Alvarez Cosmelli, Jefe del Servicio de Ortopedia Infantil del Hospital Nacional de Niños, la lista de espera en un 100 %. Esta clasificación consistió en revisar diagnóstico por diagnóstico, de los casos que se

encontraban inscritos en los libros de las agendas que para tal efecto registra el Servicio de Ortopedia directamente, de manera que de acuerdo al criterio del experto, proceder a ubicarlos en cada complejidad (término médico que se usa para definir el grado de dificultad para realizar el procedimiento quirúrgico).

- En esta clasificación se seleccionaron los casos pendientes año por año desde el 2002 al 2007, para llegar a un total de 1849 casos que significa el número de casos por resolver incluyendo las complejidades 2,3, y 4.
- Este resultado se indica en el siguiente cuadro.

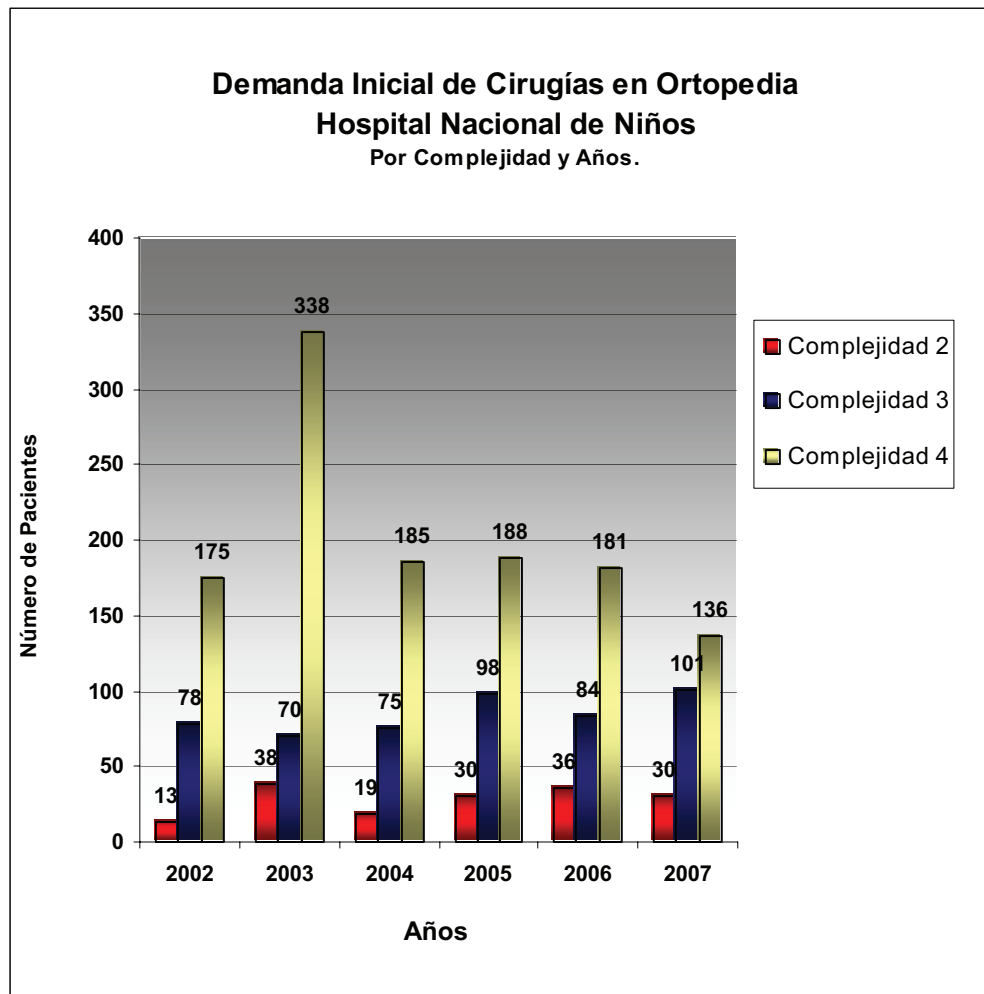
Tabla No. 8
Hospital Nacional de Niños

Demanda Inicial por Complejidad y Años del Servicio de Ortopedia

Años	Complejidad 2	Complejidad 3	Complejidad 4	Totales
2002	13	78	175	266
2003	38	70	338	446
2004	19	75	185	279
2005	30	98	188	316
2006	36	84	181	301
2007	30	101	136	267
Totales	166	506	1203	1875

Fuente: Utle

Gráfico No. 4



Fuente: Unidad Técnica de Listas de Espera

- Como se desprende del cuadro anterior los casos que de complejidad 2 que suman un total de 166 se resolverán en el Centro Nacional de Rehabilitación (CENARE).
- Los casos de complejidad 3 que suman un total de 480 serán resueltos 428 mediante Acuerdo de Referencia entre el Director del Hospital Nacional de Niños y el Director de la Unidad Técnica de Lista de Espera (UTLE), como una solución interna que ofrece la Institución, por medio de un financiamiento extraordinario que alcanza los 120.000.000.oo (ciento veinte millones de colones) para resolver 428 cirugías en el horario de 4 a 9 p.m.

de lunes a viernes, para un total de 3 cirugías diarias, durante un período aproximado de 8 meses.

- Para la ejecución de estas 428 cirugías la UTLE revisó las agendas de los libros de pendientes, para lo que deberá proceder a la localización telefónica de los pacientes que se encuentran pendientes o que ya han resuelto su problema por otros medios (privado).
- Para realizar esta localización del paciente por vía telefónica, se ha procedido por parte de la UTLE a elaborar una base de datos con el nombre, teléfono y otros datos del paciente, lo que permite comprobar que realmente se realizó el contacto con los parientes y sacar una ficha que demuestre que alguien contestó al otro lado, indicando el nombre del interlocutor, la hora y la fecha de la llamada. Censo de llamadas para determinar el pendiente real.
- De esta depuración de listas se han podido detectar diferentes problemas como son pacientes que se encuentran incluidos dos o tres veces en la lista, pacientes que ya han fallecido, pacientes sin localización por falta de dirección o teléfono, pacientes que han cambiado de teléfono, etc.

Depuración de Llamadas

Complejidad 3

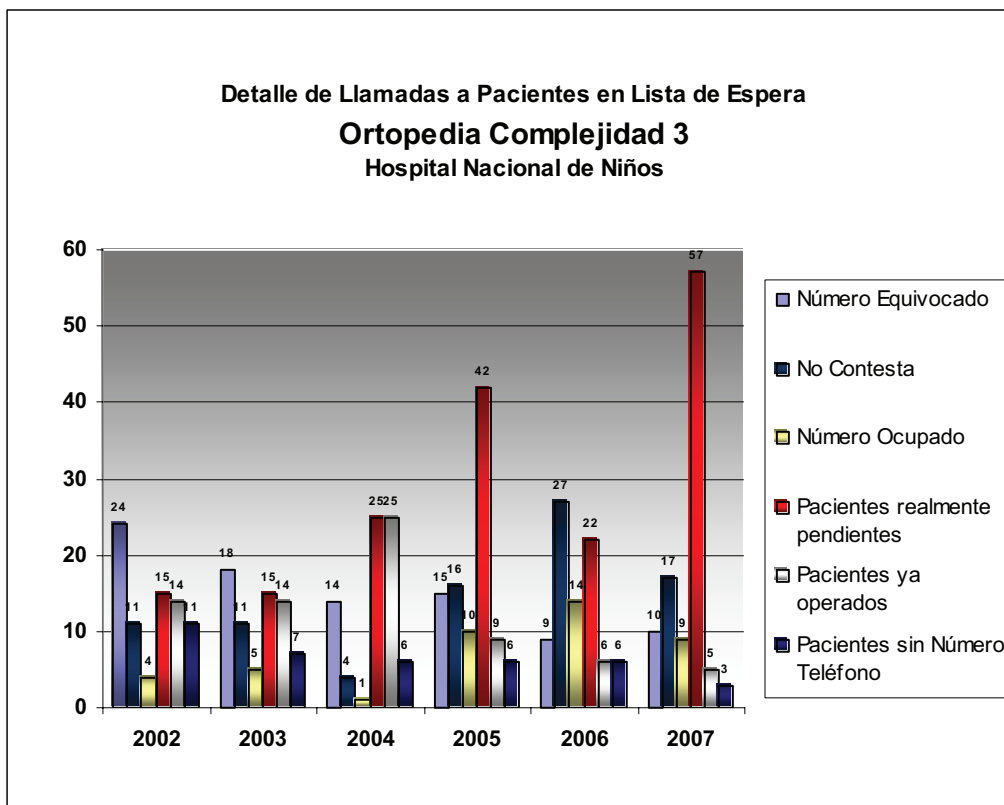
Hospital Nacional de Niños

Detalle Llamada	2002	2003	2004	2005	2006	2007	Totales
Número Equivocado	24	18	14	15	9	10	90
No Contesta	11	11	4	16	27	17	86
Número Ocupado	4	4	1	10	14	9	43
Pacientes realmente pendientes	15	15	25	42	22	57	176
Pacientes ya operados	14	14	25	9	6	5	73

Detalle Llamada	2002	2003	2004	2005	2006	2007	Totales
Pacientes sin Número Teléfono	11	7	6	6	6	3	39
Totales	79	70	75	98	84	101	506

Fuente: Unidad Técnica de Listas de Espera

Gráfico No. 5



- El levantamiento de esta lista de pendientes de lista de espera se pudo determinar que se realiza mediante libros que se llevan en forma manual por parte de la secretaria que concede la cita. Esta situación provoca que no se dé mucha seguridad en cuanto a la localización de los pacientes que al regresar de nuevo, después de un tiempo por falta de respuesta, se les vuelva a incluir en la lista, provocando así una lista que no corresponde a la realidad.

Para determinar los diagnósticos que se incluyen en estas complejidades se ha realizado cuadro que permita visualizar cuáles son los las dolencias que más se repiten con el fin de determinar en el siguiente cuadro cuál es el comportamiento para efectos de análisis.

De acuerdo con la asignación de Salas para el Servicio de Ortopedia Infantil, le corresponde por distribución interna, de acuerdo con las otras especialidades que cuenta el Hospital en el Departamento de cirugía es la siguiente:

Tabla # 10
DISTRIBUCIÓN SEMANAL DE SALA DE OPERACIONES
SERVICIO DE ORTOPEDIA

ESPECIALISTA	DIAGNOSTICO	DIA OPERACIÓN	OBSERVACIONES
Dr. Matamoros	Cualquier patología	Lunes	Sustituye a los otros especialistas en caso necesario
Dr. Alpízar Arias y Dr. Alvarez C.	Columna	Miércoles	
Dr. Arroyo Carvajal	Cirugía de mano y alargamiento	Jueves	
Dr. Ramírez Rojas	Alargamiento de cadera, pie bot	Jueves	
Dr. López Ruiz	Cadera y hostiogénesis imperfecta	Viernes	
Dr. Barboza Picón			Residente de la especialidad apoya cirugías cuando se requiere

TABLA No. 12
SERVICIO DE ORTOPEDIA
PRODUCCIÓN QUIRÚRGICA
PRIMER SEMESTRE-2001

MES	ELECTIVA	AMBULATORIA	EMERGENCIA	PENSIONADO	TOTAL
Enero	31	4	67	8	110
Febrero	36	5	56	4	101
Marzo	36	1	56	6	99
Abril	30	6	66	4	106
Mayo	41	6	62	6	115
Junio	39	4	56	4	103
Total	213	26	363	32	634

Fuente: Documentos Médicos y Estadística

Unidad de Investigación y Estadística, Hospital Nacional de Niños

TABLA No. 12
SERVICIO DE ORTOPEDIA
PRODUCCIÓN QUIRÚRGICA
PRIMER SEMESTRE 2002

MES	ELECTIVA	AMBULATORIA	EMERGENCIA	PENSIONADO	TOTAL
Enero	43	1	85	2	131
Febrero	28	1	71	4	104
Marzo	34	0	37	2	73
Abril	40	0	65	6	111
Mayo	36	0	75	7	118
Junio	35	0	39	2	76
Total	216	2	372	23	613

Fuente: Documentos Médicos y Estadística

Unidad de Investigación y Estadística, Hospital Nacional de Niños

Como se desprende del cuadro # 10 podemos determinar que para cumplir con la realización de las 1203 cirugías de complejidad 4 pendientes se requerirían un promedio de 6 horas por cada operación lo que nos daría un resultado de 7.218 horas de salas de operaciones, lo que convertido a días de salas ($7.218 \div 240$ días efectivos al año) si se contara con una sala exclusiva para dedicarla a la cirugía de alta complejidad como es el procedimiento quirúrgico de columna, cadera, alargamiento de huesos ,etc. ($1 \text{ sala} \times 5 \text{ días a la semana} \times 4 \text{ es igual a } 20$ al mes $\times 12 \text{ meses es igual a } 240$ procedimientos al año entre 1203 niños) con este comportamientos se necesitarían 5 años para cumplir con los 1203 procedimientos que requieren los niños (as) que se encuentran en la lista de espera de la complejidad 4.

Si asignamos un día a la semana de Salas de Operaciones con los mismos números requeriríamos ($1 \text{ día a la semana} \times 4 \text{ es igual a } 4$ al mes $\times 12 \text{ meses es igual a } 48$ procedimientos al año entre 1203 pacientes se requerirían 25 años.

Si asignamos dos días de salas de operaciones con los mismos números requeriríamos ($2 \text{ días} \times 4 \text{ semanas al mes es igual a } 8$ mensuales $\times 12 \text{ meses es igual a } 96$ procedimientos al año entre 1203 pacientes se requerirían 12.53 años.

Si asignamos tres días de salas de operaciones con los mismos números requeriríamos ($3 \text{ días} \times 4 \text{ semana es igual a } 12$ x mes $\times 12 \text{ meses es igual a } 144$ procedimientos al año entre 1203 pacientes se requerirían 8.35 años.

Si asignamos cuatros días de sala de operaciones con los mismos números requeriríamos ($4 \text{ días} \times 4 \text{ semanas es igual a } 16$ x 12 meses es igual a 192 procedimientos al año entre 1203 pacientes se requerirían 6.26 años.

Como se puede analizar la solución de este problema es bastante compleja aún si se contara con todos los recursos humanos contratados para resolver este problema y asignando una sala especial todos los días de la semana para dedicarlas el paciente tendría que esperar 5 años de acuerdo con el orden de su espera, significa que el que más tiempo de espera tiene será el primero que se atiende, salvo casos de emergencia debidamente justificada esto para garantizar el respeto de la espera al paciente.

Como se puede observar del análisis anterior del total de la demanda pendiente, las complejidades 2 y 3 se pueden resolver con mayor facilidad por cuanto su resolución se puede realizar mediante cirugía ambulatoria, significa esto que el paciente no requiere internamiento cuando se trata de la complejidad 2 que resuelve CENARE, una vez realizado el procedimiento regresa el mismo día a su hogar. La complejidad 3 si requiere internamiento pero lo resuelve el Hospital Nacional de Niños Su estancia promedio asciende de 2.5 días máximo.

Queda pendiente de resolver la complejidad 4 a la cual se le deben asignarle más horas de Salas de Operaciones, pero principalmente más horas hombre tanto del personal médico especializado en Ortopedia infantil, personal de Enfermería especializado en niños, y demás personal de apoyo.

Para analizar las horas hombre contratadas contra lo que debería realizarse dependiendo de la demanda pendiente 1203 cirugías si contamos con 40 horas diarias por 5 días de la semana 200 horas semanales por 4 semanas tenemos un total de horas contratadas de 800 horas mensuales contratadas.

Asimismo, la Consulta Externa se realiza de acuerdo con la distribución que se muestra a continuación:

TABLA No. 13

Distribución de la Consulta Externa de Ortopedia

Día	Tipo de consulta	Horario ³
Lunes	Mano y Traumatología	8:00 a.m. a 11:30 a.m. ⁴
Martes	Cadera, Pie Boot, Mielomelingocele y Traumatología	8:00 a.m. a 11:30 a.m.
Miércoles	Osteomielitis, Artritis, Tumores y Traumatología	7:00 a.m. a 11:30 a.m.
Jueves	Cadera	7:00 a.m. a 11:30 a.m.
Viernes	Columna	7:00 a.m. a 11:30 a.m.

Fuente: Servicio de Ortopedia.

Con este total de horas contratadas si tomamos en cuenta dos factores los tiempos de duración promedio por intervención quirúrgica por complejidad así tenemos:

- COMPLEJIDAD 2 de 0.45 minutos a 1.5 horas
- COMPLEJIDAD 3 de 1.5 horas a 2.5 horas
- COMPLEJIDAD 4 de 2.5 horas a más hasta una promedio de 5 horas regularmente.

Actualmente la programación de las cirugías electivas se realiza bajo los siguientes criterios de acuerdo con el diagnóstico del paciente es así que:

³ Algunos días se hacen valoraciones de referencias médicas de 10:00 a.m. a 11:00 a.m.

⁴ Lunes y martes se realiza la sesión del Servicio de Ortopedia de 7:00 a.m. a 8:00 a.m.

- Lunes: programan entre dos y tres operaciones al día El criterio de selección es variado y no existe un diagnóstico definido para este día. El promedio se realizan 3 intervenciones.
- Martes – No se realizan cirugías
- Miércoles se programan operaciones de columna lo que significa que se realiza un solo procedimiento por ser de complejidad 4
- Jueves se programan de 2 a 3 procedimientos quirúrgicos. Los diagnósticos son de mano y alargamiento
- Los días viernes se programan de 2 a 3 procedimientos bajo diferentes criterios de selección.

El personal médico debe dedicar también horas de su tiempo para revisión de casos que son las sesiones de trabajo, en la que participan todos los Ortopedistas pediátricos así como los Residentes de esta especialidad. A esta sesión se le debe dedicar una hora de 7 a 8 a.m.

- Lunes y martes – Sesión de Ortopedia
- Miércoles – Sesión de Anestesia
- Jueves – Sesión del Departamento de Cirugía

Debido a esta situación en que los cirujanos en el horario de 7 a 8 a.m. se encuentran en sesiones clínicas, el inicio de las cirugías es a partir de las 8 a.m. hasta las 3 p.m. de lunes a viernes.

CRITERIO DE SELECCIÓN:

Los largos períodos de espera han obligado a las Jefaturas de Ortopedia Infantil a realizar de algún modo una lista de prioridades que se establece de acuerdo al diagnóstico del paciente. Si por alguna circunstancia debido al ausentismo normal que se genera en los hospitales, ya sea porque el paciente se encuentra resfriado o algún otro motivo especial, se ha elaborado una lista especial de prioridades, si queda algún caso disponible se llama de inmediato a estos pacientes para aprovechar el espacio disponible.

Después de las 3 de la tarde los quirófanos quedan para atender las emergencias que se presenten en este horario hasta las 7 a.m. del día siguiente.

El personal de apoyo de enfermería y otros únicamente quedan cubriendo dos salas de operaciones para las emergencias.

Por ser el Hospital de Niños un hospital escuela el servicio de ortopedia infantil tiene asignados 1 residente, el cual también cumplen con guardias, por lo que generalmente a partir de las 3 p.m. son ellos los que cubren las emergencias bajo la supervisión del médico que está de disponibilidad ese día. También cuenta con la asistencia del Interno Universitario y demás personal de apoyo (técnico, instrumentistas, ayudantes de quirófanos, etc).

Otro factor que influye en la asignación de las horas contratadas es que no todos los médicos ortopedistas infantiles realizan los mismos procedimientos, aunque se encuentren capacitados para realizarlos, ya que se han distribuido el tiempo de acuerdo con los diagnósticos.

Esta subdivisión de los procedimientos va limitando el campo de acción, por cuanto cada especialista se ha dedicado a realizar unos pocos procedimientos.

El efecto que esto trae es que al final del mes se realizan muy pocas cirugías en cada rubro porque el paciente es clasificado de acuerdo con su dolencia.

En cuanto a las horas contratadas 800 por mes deben restarles las horas que se tienen que reconocer por vacaciones de ley, incapacidades, permisos para asistir a Congresos, actividades especiales como asistencia a Comisiones, sesiones clínicas, horas dedicadas a la consulta externa, visita a los salones, recuperación, cuidados intensivos, etc. El tiempo real que se dedica a las Salas de Operaciones se ve disminuido por todo este tipo de actividades que obligatoriamente deben cumplir por ser parte de todo el proceso de atención integral al paciente.

Es aquí donde encontramos que con el personal (cirujanos ortopedistas infantiles) que se tiene contratado no se podrían cumplir en las jornadas ordinarias estas complicadas cirugías a corto ni a mediano plazo, lo que complica la situación por cuanto los pacientes no pueden esperar más de lo que han esperado.

A fin de contratar más personal la situación se torna más difícil por cuanto por ser considerada una subespecialidad la ortopedia infantil, la formación de estos es bastante larga, por ejemplo:

CENTRO DE DESARROLLO ESTRATÉGICO E INFORMACIÓN EN SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL (CENDEISS)

Como se puede apreciar la formación de estos profesionales es bastante larga se puede decir que para que se formen nuevos especialistas en Ortopedia Infantil, el país tendría que esperar para varios años ya que actualmente se está formando uno.

Según acuerdo 2, Sesión 7733, artículo 25 del 27 de febrero del 2002, de la Junta Directiva de la Caja Costarricense de Seguro Social, dispone:

“Se ordena al Centro Nacional de Docencia e Investigación en Salud y Seguridad Social (CENDEISSS) que elabore un plan para atender con nuevas plazas de residentes, las demandas insatisfechas en esa especialidad – así como en otras especialidades con problemas de demanda insatisfecha – para ser conocido por la Junta Directiva en un plazo de 15 días.”

Según informe de la Auditoría Interna de la C.C.S.S. # 13305 del 23 de abril, 2003 indica “Las autoridades del CENDEISSS manifestaron que se revisó la situación en la Oficina de Postgrado y se tuvo conocimiento que la formación de un médico ortopedista general es de 5 años. En la actualidad se están formando 27 médicos ortopedistas generales en los Hospitales Dr. Calderón Guardia, México, San Juan de Dios. De ellos, se espera que para el año 2004 se van a egresar 6 residentes, para el 2005 se esperarán 4 residentes, en el 2006 se egresan 5 residentes, en el 2007 y 2008 se espera el egreso de 4 residentes, respectivamente. Además, un especialista en Ortopedia Infantil se egresará el año entrante en el 2004...En criterio de los entrevistados (Director y Asistentes del Cendeiss), el problema general existente con los médicos ortopedistas generales, es que una vez egresados de la especialidad no quieren continuar la realización de la especialidad de Ortopedia Infantil, porque tienen que estudiar 2 años adicionales, es decir, la especialidad se extiende a 7 años. La especialidad ortopedia general se realiza en 5 años, en cuya capacitación los médicos rotan un año por el Hospital Nacional de Niños, para obtener los conocimientos de ortopedia pediátrica.”

“Las autoridades del CENDEISSS manifestaron que están estudiando dos propuestas para la futura formación de residentes ortopedistas, a saber:

Formar residentes ortopedistas con médicos pediatras por la afinidad con los niños. De esta manera se pretende que el pediatra continúe con su formación

ortopedista, ello le daría mayor capacidad de resolución y destreza dentro de su campo de acción que son los niños.

Que el médico residente sea becado, ya que actualmente no existe ningún compromiso con la institución, puesto que a este personal lo que se le asigna es un código de residente mediante el cual devenga un salario por el tiempo que realiza la residencia, pero una vez finalizada puede que decida no laborar con la Institución. De esa manera con esta medida se podría establecer un compromiso monetario y de tiempo en la prestación de servicios.

“...el requerimiento de médicos especialistas en Ortopedia es de 44 médicos en un plazo de 5 años y de 39 médicos en 10 años, distribuidos en las Regiones de Salud de la siguiente manera:

Región de Salud	5 años	10 años
Chorotega	2	0
Brunca	4	1
Pacífico Central	1	2
Huetar Norte	4	3
Atlántica	2	3
Central Sur	0	0
Central Norte	4	4
Hospital	26	26
Clínicas Mayores	1	0

Las autoridades del CENDEISSS comentaron que la Ortopedia Infantil es parte de una problemática general de especialidades a todo nivel y que se puede agravar conforme se retiren algunos médico próximos a jubilarse.”

De lo anterior se desprende que la Caja Costarricense de Seguro Social no podrá contar a corto ni mediano plazo, a excepción de un especialista en Ortopedia

Infantil que se espera concluya sus estudios en el año 2004. Los otros especialistas en Ortopedia General que se esperan para los años 2004 al 2008 no garantiza a la Institución primero que se incorporen a la Institución, ya que actualmente no existe ningún compromiso de beca o incentivo especial para que se quede en la Institución y segundo tampoco existe garantía de que deseen continuar estudiando dos años más para ser Ortopedistas Infantiles.

La concentración de este personal especializado en un solo Hospital también complica un poco más las cosas, porque su distribución permitiría el aprovechamiento de las salas que se tienen los Hospitales Regionales o Periféricos.

APLICACIÓN DE LA LEY # 7852

La Ley # 7852 del 30 de noviembre de 1998, publicada en la Gaceta # 250 del 24 de noviembre de 1998 de Desconcentración de los Hospitales y las Clínicas de la Caja Costarricense de Seguro Social, en su "CAPITULO 1. Objeto. Artículo 1.- La presente ley impulsa el proceso de desconcentración de los hospitales y las clínicas de la Caja Costarricense de Seguro Social, en adelante Caja. Les permitirá mayor autonomía en la gestión presupuestaria, la contratación administrativa y el manejo de los recursos humanos. La Caja por medio de su Junta Directiva, podrá ampliar la desconcentración a otros centros de salud, previa realización de los estudios técnicos que la justifiquen, de acuerdo con las necesidades del centro y su población asignada..."

Los casos de complejidades 1, 2 y 3 podrían desconcentrarse en aplicación de esta ley.

De acuerdo con la encuesta a los padres de familia se pudo determinar que el mayor número de niños y niñas proceden de San José con 48 pacientes de 91

entrevistados, en segundo lugar Alajuela con 12 pacientes y en tercer lugar Heredia.

Aplicando la desconcentración las complejidades 1, 2 se podrían desconcentrar a estos niveles de Hospital Periféricos y Regionales. La complejidad 3 en el segundo centro de resolución a nivel nacional que sería el CENARE y la complejidad 4 únicamente en el Hospital Nacional de Niños.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES:

CONCLUSIONES:

De acuerdo con los objetivos planteados en esta investigación se concluye que:

1.- Para determinar la demanda actual que estaba pendiente en lista de espera, se procedió a depurar las agendas manuales que lleva el Departamento de Ortopedia del Hospital Nacional de Niños, primero elaborando un listado de acuerdo a las fechas año 2002, 2003, 2004, etc. Una vez obtenido este lista se procedió a llamar a los pacientes por parte de personal de la Unidad Técnica de Lista de Espera (UTLE). La demanda pendiente fue de 166 casos de complejidad 2, 480 de 3, y 1203 de 4.

La clasificación de acuerdo a los diagnósticos se realizó por el Dr. Álvarez Porras, Jefe de ese Departamento, cada categoría responde al grado de complejidad que se debe aplicar al procedimiento quirúrgico (Complejidad 1,2,3 y 4). Para efectos de esta investigación sólo nos referiremos a la complejidad 4.

De acuerdo con el instrumento aplicado al personal, se pudo verificar que no existe un software, que permita integrar la información que se encuentra en las agendas con las listas pendientes con el Servicio de Ortopedia, las Áreas de Consulta Externa, Anestesiología y Sala de Operaciones. Con esto se evitaría que un paciente tenga hasta tres citas y depurar a los que ya han sido atendidos o han resuelto su problema por otros medios. El Servicio de Anestesiología y Sala de Operaciones al no contar con la información de los pendientes no puede verificar si el paciente que se va a operar estaba en la lista. Otro factor que se logró verificar por medio de la encuesta es que no se lleva una base de datos que

permita demostrar que el paciente es localizado por algún medio (telefónica, radio, telegrama, etc.).

2.- Se analiza el desempeño de las Salas de Operaciones por medio de investigación de campo e instrumento de diagnóstico del Departamento de Ortopedia Infantil, se pudo verificar que el inicio de las cirugías es generalmente a partir de las 8 de la mañana y su finalización es de 2 a 3 p.m., a partir de esta hora sólo se atienden emergencias. Se realizan de una a dos operaciones diarias. Para los pacientes que se encuentran en agenda de acuerdo a la fecha programada, no tienen una base de datos que demuestre que el paciente fue localizado por algún medio de localización (telefónico, fax, visita a domicilio, telegrama, radio local, guardia rural, etc.). No existe un procedimiento escrito para las sustituciones en caso de ausencia del paciente y primordialmente un control estricto del respeto de las fecha programadas para las operaciones. En una muestra realizada del período del 10 de marzo al 30 de mayo 2003 se logró determinar que el 35 % operados no estaban en ninguna lista de espera.

3.- Se analizaron todos los factores que intervienen en el proceso desde que paciente ingresa sea por medio de emergencias, por referencia o por la consulta externa y es incluido en la agenda de la lista de espera. Esta lista de espera hasta la fecha se encuentra a agosto 2007.y el cuello de botella es la disponibilidad de salas de operaciones, ya que se asigna una sola sala para el servicio de ortopedia. El día martes no operan.

De acuerdo con el instrumento de investigación aplicado a las Jefaturas se puede deducir que no se cuenta con recursos financieros para aplicar un segundo turno de cirugía, materiales como serían la disponibilidad de salas de Operaciones, y recursos humanos como son los cirujanos ortopedistas, anesthesiólogos, personal de enfermería, etc

4.- El control administrativo que se evidencia en esta investigación es que la gestión de las jefaturas y los mandos medios que dirigen el Hospital, la Jefatura del Departamento de Cirugía, Jefatura de Ortopedia y otras que intervienen y toman decisiones sobre esta problemática no está enfocada a resolver el problema de la lista de espera, a pesar que se planifican las cargas de trabajo, se lleva el control de horarios; sin embargo, el inicio de las cirugías no se realiza con la puntualidad requerida, no existe una coordinación de horarios entre los tres grupos que intervienen en las cirugías (médicos, anestesistas y enfermería) este desajuste de horarios produce pérdida de horas quirófanos que son tan necesarias para resolver la problemática y aprovechar más a los cirujanos y aumentar una cirugía más diaria lo que significaría 4 cirugías más a la semana y 20 mensuales.

Aplicar mediante procedimiento escrito la desconcentración de procedimientos de baja complejidad como son la 1 y 2 para que sean resueltos por otros centros regionales y periféricos que cuenten con Ortopedista Generales.

Acondicionar un segundo centro de resolución en el Área Metropolitana que podría ser el Centro Nacional de Rehabilitación (CENARE), por contar con Ortopedistas Generales y ser un centro de alta resolución, para que atienda las complejidades 1 y 2 habilitando un segundo turno.

El Hospital de Niños quedaría resolviendo la complejidad 3 en jornada extraordinaria por convenio con la UTLE, de manera que en la jornada ordinaria se dedique a resolver la complejidad 4. Asignar al menos dos Ortopedistas Generales para dar soporte en la jornada ordinaria.

Con estas recomendaciones se lograría desconcentrar las complejidades 1 y 2 e inclusive la tres en Hospitales Regionales y por ende bajar las referencias hacia el Hospital Nacional de Niños.

4.- De acuerdo con encuesta telefónica realizada a los padres de familia, se pudo determinar que un 57% de los pacientes que se encuentran en lista de espera, tienen más de 7 años lo que representa el 57% y más de 12 años representa el 23.08%, aspecto que dificulta más la situación si tomamos en cuenta la fase de crecimiento del niño y la adaptación a la etapa escolar, afectando su calidad de vida. En cuanto a la población un 52.75% se encuentra concentrado en el Área Metropolitana, seguido de 13.19% Alajuela, y un 9.89 % y Cartago. Un 58.70 % se mantuvo igual en cuanto a su dolencia, seguido de un 30.43 % que aumentó su dolencia. El 50% de los padres conocían la dolencia de sus hijos contra un 26% que no tenían información. Un 83.70% la cita era a cupo lo que demuestra que el criterio médico no predomina. En cuanto al grado de satisfacción de los padres fue de un 23% buena contra un 15% que indicó que mala.

Como comentario general los padres encuestados manifestaron la gran angustia que representa la espera para la realización de la cirugías de sus hijos. El Hospital en este período, no suministra ningún tipo de apoyo a los padres.

De acuerdo con los instrumentos aplicados a:

- a) Cuestionario dirigido a las jefaturas del Hospital Nacional de Niños y al Servicio de Ortopedia Infantil y demás personal involucrado en el proceso de las cirugías electivas de las diferentes complejidades.
- b) Cuestionario para el diagnóstico de los servicios quirúrgicos del Hospital Nacional de Niños.
- c) Cuestionario dirigido a los padres de familia de los (as) pacientes que se encuentran en espera para la realización de una cirugía electiva en el servicio de Ortopedia Infantil.

- d) Visitas y entrevistas cara a cara al personal que se encuentra trabajando en los servicios de ortopedia, emergencias, consulta externa, sala de operaciones, anestesiología, etc., para conocer el proceso de cerca.
- e) Investigación sobre documentación tramitada en relación con este tema, por parte de las autoridades del Hospital y de las Oficinas Centrales de la Caja.
- f) Revisión de material didáctico en diferentes fuentes primarias, secundarias con autores expertos en los temas, estadísticas históricas del Hospital correspondientes al Área de Investigación, revisión de datos por medio de Internet.

Se concluye que el problema de los niños o niñas que se encuentran en espera de una cirugía en la complejidad 4, dependerá en mucho de las decisiones que tomen las autoridades de la Caja Costarricense de Seguro Social, en conjunto con las del Hospital Nacional de Niños, el Cendeisss y la Unidad Técnica de Lista de Espera (UTLE).

1.- Una de la primeras causas que influyen en el problema es la falta de recursos humanos, tecnológicos y de infraestructura.

RECURSOS HUMANOS:

- a) Recursos Humanos del CENDEISSS, junto con la Dirección de Recursos Humanos y la Dirección de la Unidad Técnica de Lista de Espera (UTLE), deberán elaborar un diagnóstico de necesidades de formación, principalmente en el personal médico especialista en Ortopedia Infantil, para que en mediano y largo plazos se pueda contar con personal debidamente formado para el ejercicio de su labor.

- b) La Dirección de Recursos Humanos, el CENDEISSS y la Universidad de Costa Rica, deberán buscar los mecanismos más apropiados para adecuar el currículo para que en mediano y largo plazos, la Caja pueda reclutar estudiantes para la realización de la residencia en esta especialidad de ortopedia, con orientación pediátrica.
- c) La Dirección de Recursos Humanos y el CENDEISSS deben proponer incentivos atractivos para que más médicos puedan optar por esta especialidad considerada como crítica.
- d) Elaborar un plan estratégico que considere también las otras disciplinas que intervienen en este problema, como son los especialistas en anestesiología, enfermeras y demás personal de apoyo que interviene en esta problemática.
- e) Acondicionar la infraestructura necesaria para la ejecución de este plan, como son las salas de operaciones, mínimo dos más, debidamente acondicionadas.
- f) Autorizar un presupuesto extraordinario, por medio de la Unidad Técnica de Listas de Espera, puedan enfrentar las complejidades 2 y 3, de tal manera que las Salas de Operaciones en horas del día queden más descongestionadas para atender la complejidad 4.
- g) Autorizar más plazas de residentes en esta especialidad y en Anestesiología, para el CENDEISSS.
- h) En corto plazo, definir el perfil de los médicos especialistas en Ortopedia Infantil, para la contratación externa de personal extranjero.
- i) Investigar mercados latinoamericanos para que puedan venir a colaborar con el país en forma transitoria, mientras se forman los nacionales.
- j) Solicitar los permisos respectivos al Colegio de Médicos y Embajadas y Extranjería.
- k) Mejorar el control de los horarios, tanto del personal médico como de apoyo, para una mejor utilización de la quirófanos.

- l) Comprometer a los nuevos profesionales que se formen, para que una vez egresados trabajen en los hospitales desconcentrados, o en cualquier lugar donde la Caja los requiera.
- m) Becar a los nuevos reclutas para que la institución pueda retener al nuevo personal formado.

RECURSOS MATERIALES:

- a) Dotar de presupuesto extraordinario para enfrentar las plazas de residentes y las guardias médicas.
- b) Asignar un presupuesto extraordinario para la dotación de al menos 2 salas de operaciones debidamente equipadas, adquisición de material especializada y para las cirugías de ortopedia infantil con el fin de enfrentar la nueva demanda.
- c) Acondicionar las Salas de Recuperación, Cuidados Intensivos y Hospitalización, para enfrentar el aumento en la demanda de los servicios.
- d) Dotar de un presupuesto extraordinario para la adquisición de camas, ropa, alimentación, medicamentos y materiales médicos.
- e) Buscar un centro alternativo para realizar las cirugías de menor complejidad, siempre en el nivel central, donde se encuentra concentrada la mayor demanda de usuarios.
- f) Determinar otros dos centros alternos regionales, que podrían ser Alajuela, que ocupa el segundo lugar de demandantes y Liberia, que ocupa el tercer lugar.
- g) Continuar con los acuerdos con la UTLE para financiar la Consulta Externa y cirugías de menor complejidad, mediante presupuesto extraordinario.
- h) Acondicionar las Salas de Operaciones del Hospital de Alajuela Liberia y Cartago en la parte desconcentrada y el CENARE en el nivel central,

para que se pueda aplicar el procedimiento de la complejidad 1, 2 y 3 de ortopedia pediátrica,

- i) Acondicionar los salones Recuperación, Cuidados Intensivos y otros para que impacten con esta nueva cirugía.
- j) Dotar de los equipos, materiales y suministros necesarios para enfrentar esta nueva demanda en el nivel local.

RECURSOS TECNOLÓGICOS:

a) Dotar de un software y hardware que permita integrar las citas de la consulta externa y las de las cirugías electivas, emergencias y ambulatorias, de manera que las agendas médicas se lleven electrónicamente y evitar el registro manual que conduce a duplicidad de citas, lo que sesga la información y no es real.

b) Equipar las nuevas salas con la tecnología de punta.

c) Elaborar un plan estratégico cada dos años, que se esté revisando para irlo adecuando a las necesidades para la toma de decisiones oportunas.

d) Mejorar el sistema de sustitución del paciente por ausentismo, por cualquier motivo, y respetar el orden de acuerdo con la agenda.

EN CORTO PLAZO:

De acuerdo con la demanda actual de 1203 pacientes y el análisis realizado, se tendría que contar con 5 años plazo para cumplir con el compromiso de estas cirugías pendientes, con los recursos con que se cuenta actualmente (humanos, tecnológicos, presupuestarios y de infraestructura).

- a) Contratación de recursos humanos extranjeros.
- b) Preparar al menos tres centros fuera del Hospital Nacional de Niños, para que este nuevo personal pueda laborar en forma ordinaria o extraordinaria.
- c) Contar con al menos tres equipos completos de personal de apoyo, que incluye anestesiología, enfermería, aseo.
- d) Elaborar compra extraordinaria de materiales e implementos médicos especiales para este tipo de procedimiento.
- e) Acondicionar las Salas de Operaciones con los equipos especiales que se requieren para este tipo de cirugías de complejidad 1, 2 y 3.
- f) Concentrar en el Hospital Nacional de Niños las cirugías de complejidad 4.
- g) Mejorar los rendimientos de Salas de Operaciones, acondicionando los horarios del personal de apoyo al personal médico.
- h) Establecer un horario especial para las sesiones clínicas, visita a hospitalización que queden a cargo de los médicos residentes supervisados en una contravisita por el especialista en horas de la tarde.
- i) En jornada extraordinaria en forma alterna para no desgastar a los profesionales.
- j) Aumentar los “stock” de medicamentos, papelería, ropería e implementos médicos.

PROPUESTA:

EN CORTO PLAZO:

1.- Deben asignarse dos salas cada día, de lunes a sábado, para la atención de la complejidad 4, con lo que se cumpliría con 12 cirugías por semana x 4 semanas, igual a 48 cirugías por mes x 12 meses, igual a 576 anuales, con lo que en tres años se cumpliría con el pendiente. Para

cumplir con este punto deben valorarse las otras especialidades con el fin de que sean resueltas en jornadas fuera de horario tradicional (UTLE).

2.- Los casos nuevos serían atendidos por los médicos extranjeros, a quienes se les acondicionaría una sala especial en el CENARE, que sería el segundo centro de resolución, para los casos de atención de cuidados intensivos deben ser atendidos por el Hospital México.

3.- El Hospital México debe acondicionar una sala especial para la atención de los cuidados intensivos, en caso de que sea necesario atender casos de emergencia que deriven del CENARE. Además, debe acondicionar unas 3 camitas para casos de permanencia para atención intensiva.

4.- El Hospital Nacional de Niños debe dar respaldo en cuanto a personal de Enfermería y Médicos, para el Hospital México y CENARE.

5.- Continuar con la negociación de la UTLE para resolver las complejidades 2 y 3, en jornada fuera de horario tradicional.

6.- Desconcentrar las cirugías ambulatorias de todas las especialidades del Departamento de Cirugía del Hospital Nacional de Niños, de manera que quede con un centro de alta resolución.

EN MEDIANO PLAZO:

Resolución de los casos de Ortopedia Infantil.

EQUIPAMIENTO:

Vaporizadores: a)Holonato b)Enflurano, c) Insuflurano o sevofurano. Monitoreo de volúmen tidal, ventilador electrónico automático. Monitoreo modular de signos vitales Hewlett Packard con capacidad para:

Medir presión arterial no invasiva

Pulso eximetría

Electrocardiografía

Medir presión arterial invasiva

Módulo para medir temperatura corporal esofágica y rectal

Calentadores automáticos para sueros sangre

Bomba para infusión rápida (manual de aire comprimido)

Cobertores térmicos

Colchón térmico

Salvador de células "Cell Saber"

Filtros hidrófobos

Glucómetro por micrométodo

Tubos para cirugía láser

Tubos doble lumen para cirugía pulmonar

Bombas de infusión ajustable (dosificar drogas)

SALA DE OPERACIONES:

Lámpara de sala de operaciones

Mesa de operaciones

Aire acondicionado

Monitor EKG

Oxímetro

Unidad de electrocirugía en cada sala con placas descartables

Mesa quirúrgica con todos sus accesorios (arco narcosis con fijador radial, sobres de mesa, dispositivo de apoyo para el brazo 2 pierneras)

Lavadora de instrumentos

Reguladores de succión de pared

Tomas celiáticas de oxígeno, aire, vacío
Máquina selladora (para empacar instrumentos)
Desfribilador
Equipo de autosuturas (GIA.EEA.TA)

ORTOPEDIA:

FRACTURAS:

Equipo estándar placas tornillos
Equipo mediano fragmentos de placas de tornillos
Equipo minifragmentos de placas de tornillos
Ostiosíntesis para pines Kuntchere
Equipo para clavos bloqueados
Equipo de Rush
Tutores externos
Equipo accesorios prensas
Molino de hueso

CIRUGÍA DE COLUMNA:

Básico de menectomía
Fijación de Harrington
Columna cervical
Cirugía Cloward

CIRUGÍA ARTROSCÓPICA CON TODOS LOS ACCESORIOS:

Máquina de poder
Neumáticos
Taladros
Sierras
Fuentes de luz
Bancos de huesos

Amplificador de imágenes
Delanterosos
Anteojeeras
Cuellos
Pulso yet (lavadores de presión)
Instrumental básico de huesos
Torniquetes
Electrobisturí

INSTRUMENTAL DE SALA DE OPERACIONES

Aguja punción
Vaina palpación
Tijeras rectas
Tijeras curvas
Fórceps curvo
Cauterio
Pinza de biopsia
Pinza de lagarto
Bajador de nudos
Pinza de biopsia endoscopia
Porta aguja
Mango de aspirador
Trocar de punción
Aspirador curvo
Vaina palapación recta
Guía curva
Aspirador recto
Cepillo de limpieza

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Stoner, James A.F.
Freeman, R. Edward ADMINISTRACION, Prentice Hall,
Quinta Edición, 1995

- 2.- Zepeda Herrera, Fernando PSICOLOGÍA ORGANIZACIONAL, Addison
Wesley Longman, 1999

- 3.- Hernández Orozco, Carlos ANÁLISIS ADMINISTRATIVO, Técnicas y
Métodos, EUNED, 1996

- 4.- Hersey, Paul, ADMINISTRACION DEL COMPORTAMIENTO,
Liderazgo Situacional

Blanchard, Kenneth H. Pearson, Prentice Hall, 1998
Johnson, Dewey E.

- 5.- Reseña Histórica Hospital Nacional de Niños, Doctor Carlos Sáenz
Herrera Centro de Ciencias Médicas de la
C.C.S.S. San José, Costa Rica, A.C. 1999

- 6.- Arellano G., Jaime F. ELEMENTOS DE INVESTIGACIÓN, La
Investigación a través de su informe, EUNED,
1990.

- 7.- Jiménez Fonseca, Elías LA SEGURIDAD SOCIAL EN COSTA RICA:
PROBLEMAS Y PERSPECTIVAS
EDNASSS, 1994

- 8.- Ministerio de Salud, OBSERVATORIO de Recursos Humanos en Salud en Costa Rica: Avances y Perspectivas C.C.S.S., Gerencia de Modernización, OPS-OMS
- 9.- Purcallas, Daniel OPS-OMS, Oficina Regional PASCAP – TRANSFORMACIÓN ESTRATEGICA EN RECURSOS HUMANOS EN SALUD Segunda Edición 1993
- 10.- Brito Quintana, Pedro GESTION DE RECURSOS HUMANOS EN LAS REFORMAS SECTORIALES EN SALUD: CAMBIOS Y OPORTUNIDADES
- Campos, Francisco Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. 1996
- Novick, Marta
- 11.- Volumen 4, Primer GESTION – Revista de Ciencias Administrativas y Financieras de la Seguridad Social, Semestre 1996, Número 1
- 12.- Gómez Barrantes, Miguel ELEMENTOS DE ESTADÍSTICA DESCRIPTIVA, EUNED, 1997
- 13.- Arce Arce, José Pablo “Diseño de una estrategia integral para eliminar la presa quirúrgica en el Servicio de Ortopedia del Hospital Nacional de Niños Dr. Carlos Sáenz Herrera”
- Boza H., Fernando
Jiménez R., Joaquín

14.- Hernández, Fernández y Baptista Metodología de la Investigación. Segunda edición, México 1998.

15.- Méndez Alvarez, Carlos Eduardo METODOLOGÍA, Guía para elaborar diseños de investigación en Ciencias Económica, Contables y Administrativas

16.- Bunge, Mario

¿QUÉ ES LA CIENCIA?