

Universidad de Costa Rica
Facultad de Ciencias Económicas
Escuela de Administración Pública

La planeación de operaciones y la logística en el Área de Emergencias del Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia y su influencia en la calidad de la prestación de servicios

Memoria de Seminario de Graduación para optar por el grado académico de Licenciatura en Administración Pública

Sustentantes:

Kendy Dayana Arroyo Godínez.B40657

Allison Andrea León Torres.B43782

Ana Ruth Mora Ruiz.B34615

Julie Andrea Sharpe Soto. B46666

Ciudad Universitaria Rodrigo Facio, Costa Rica

2021



Acta #232-2021
Tribunal Examinador de Trabajo Final de Graduación
Escuela de Administración Pública

Acta de la Sesión Virtual 232-2021 del Tribunal Examinador de los Trabajos Finales de Graduación de la Escuela de Administración Pública, realizada el 1 de diciembre del 2021 a las 18:00 horas, llevada a cabo de manera virtual y convocada de acuerdo con el artículo 25 del Reglamento General de los Trabajos Finales de Graduación en Grado de la Universidad de Costa Rica, para la Defensa del Trabajo Final de Graduación de: Kendy Dayana Arroyo Godínez carné B40657, Allison Andrea León Torres carné B43782, Ana Ruth Mora Ruiz carné B34615 y Julie Andrea Sharpe Soto carné B46666.

La defensa del trabajo final de graduación se realiza por medio de la licencia de la plataforma zoom que el Centro de Informática le ha asignado a la Escuela de Administración Pública.

Personas miembros del Tribunal Examinador convocadas para la sesión: M.Sc. Rodolfo Romero Redondo, como Presidente del Tribunal Examinador; MBA. Carlos Carranza Villalobos como Director del Trabajo Final de Graduación; M.Sc. Eduardo Bravo Ramírez como asesor del Trabajo Final de Graduación, Lic. Luis Fernando Salazar Alvarado como asesor del Trabajo Final de Graduación y M.Sc. Álvaro Montero Sánchez, como docente de la Escuela de Administración Pública.

Artículo 1. El Presidente del Tribunal Examinador solicita a la persona sustentante mostrar su documento de identificación, como medio para corroborar su identidad.

Artículo 2. El Presidente informa que el expediente de las personas sustentantes contiene todos los documentos que el Reglamento exige. Declara que han cumplido con todos los requisitos del Programa de la Carrera de *Licenciatura en Administración Pública*, que les ha permitido realizar la Defensa de su Trabajo Final de Graduación.

Artículo 3. Las personas sustentantes realizaron la defensa oral del Trabajo Final de Graduación titulado: "**La planeación de operaciones y la logística en el área de Emergencias del Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia y su influencia en la calidad de la prestación de servicios**", en modalidad Seminario de Graduación, dentro del tiempo señalado para tales fines.

Artículo 4. Terminada la presentación, las personas miembros del tribunal examinador, dentro del tiempo señalado por la Presidencia del Tribunal, realizaron las preguntas pertinentes sobre aspectos propios del tema tratado en el Trabajo Final de Graduación.

Artículo 5. Concluido el interrogatorio, el Tribunal Examinador procedió a deliberar de manera privada.

Artículo 6. Con fundamento en el artículo 26 del Reglamento General de los Trabajos Finales de Graduación, y luego de realizada la votación, el Tribunal Examinador calificó el Trabajo Final de Graduación:

(X) APROBADO – AP-
() NO APROBADO – NAP-

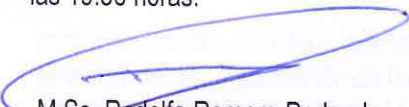


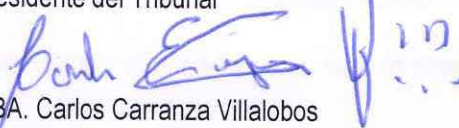
Artículo 7. Con fundamento en el artículo 27 del Reglamento General de los Trabajos Finales de Graduación, el Presidente del Tribunal Examinador comunicó en público el resultado de la deliberación y las declaró como acreedoras al título de licenciadas en Administración Pública.

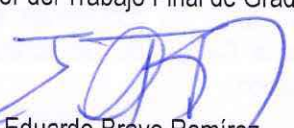
Artículo 8. El Presidente del Tribunal Examinador le advirtió de la obligación de asistir al acto público de graduación, para prestar juramento y recibir el título correspondiente.

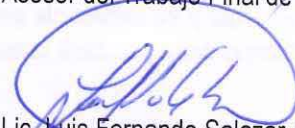
La Presidencia del Tribunal exhorta a la persona sustentante a que una vez aprobado el documento final lo coloque en el repositorio virtual kerwà de la Universidad, tal como lo indica el Reglamento.

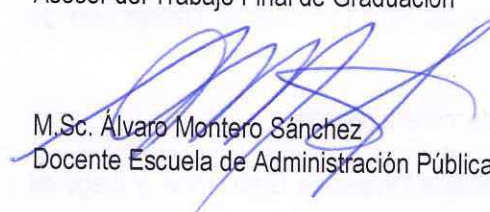
Luego de la lectura del Acta, firmaron las personas miembros del Tribunal Examinador presentes y las personas sustentantes a las 19:56 horas.



M.Sc. Rodolfo Romero Redondo
Presidente del Tribunal


MBA. Carlos Carranza Villalobos
Director del Trabajo Final de Graduación



M.Sc. Eduardo Bravo Ramírez
Asesor del Trabajo Final de Graduación



Lic. Luis Fernando Salazar Alvarado
Asesor del Trabajo Final de Graduación


M.Sc. Álvaro Montero Sánchez
Docente Escuela de Administración Pública


Kendy Dayana Arroyo Godínez
Carné B40657


Allison Andrea León Torres
Carné B43782


Ana Ruth Mora Ruiz
Carné B34615


Julie Andrea Sharpe Soto
Carné B46666





El Reglamento General de los Trabajos Finales de Graduación, en su artículo 29 establece que *"En caso de TFG sobresalientes, se podrá conceder una aprobación con distinción si así lo acuerda el tribunal examinador, por una votación de cuatro votos favorables."*

() Se aprueba con Distinción

Observaciones: (Con Observaciones que se deben incorporar al documento final con la verificación del Director del TFG).

Original: Escuela de Administración Pública, Copia: Personas sustentantes.

Derechos de propiedad intelectual

El presente trabajo realizado bajo el título “La planeación de operaciones y la logística en el Área de Emergencias del Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia y su influencia en la calidad de la prestación de servicios”, elaborado bajo la modalidad de Seminario de Graduación es propiedad de sus autoras: Kendy Dayana Arroyo Godínez, Allison Andrea León Torres, Ana Ruth Mora Ruiz y Julie Andrea Sharpe Soto.

Según lo establecido en la Ley N°6683 sobre Derechos de Autor y Derechos Conexos, las expresiones, sujetas a esta Ley y contenidas en este documento, no pueden ser reproducidas de manera total o parcial sin previo permiso de las autoras. Cualquier violación a esta normativa, por parte de cualquier persona física o jurídica, será denunciada para posterior aplicación de la sanción.

“Estimo que una verdadera campaña de salubridad y una instrucción pública eficiente y bien difundida constituyen la obra meritoria que pueda realizar un gobierno para mejorar la raza y fortalecer el espíritu nacional, del cual depende, muy principalmente, el porvenir del país” (Discurso inaugural de Presidencia, p. 6)

-Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia, presidente de la República

1940-1944

“Mi vida cambió completamente porque cambié la sala del hospital por las salas de la administración de las oficinas centrales. No me lamentó de haberlo hecho porque creo que las satisfacciones que tuvimos fueron mucho mayores, y la población ya había empezado a notar los beneficios del modelo socialdemócrata: la extensión de la educación, el agua potable, los salarios crecientes, y la mejor situación económica” (CCP, p. 17).

-Guido Miranda Gutiérrez, primer gerente médico y único presidente ejecutivo de la CCSS 1982-1988

Reconocimientos

El agradecimiento de este trabajo de investigación va dirigido, en primer lugar, a la benemérita Universidad de Costa Rica, por permitirnos contar con un sistema de educación pública accesible y costeada por el Estado, a la que le retribuimos el día de hoy nuevos conocimientos como profesionales en el Área de Ciencias Económicas.

Seguidamente, al doctor Donald Corella Elizondo, director del Área de Emergencias del Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia y a su equipo, por su extenuante deseo de ser parte de la mejora continua del servicio, así como la apertura de análisis en temas relevantes para la investigación.

Muy en especial al máster Abraham Sharpe Brenes, coordinador general de Sala de Operaciones del Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia, por fungir como canal de comunicación y orientación con el hospital en una época adversa causada por la pandemia por COVID-19.

Dedicatorias

La obtención de este grado académico va dedicada a mis padres, por ser mi ejemplo de amor y perseverancia para conseguir mis metas, y por ayudarme con el estudio para ser una mejor profesional.

A mis hermanos, por orientarme y darme las fuerzas para seguir adelante, tanto en el estudio, como en la vida.

A Javier, mi prometido, por acompañarme en mi ansiedad, desvelos y tristezas, así como en mis luchas, mis triunfos y mis alegrías. Por darme la mano a lo largo de estos años y ser esa luz cuando más me encontraba en la oscuridad. ¡Te amo con toda el alma, mi amor!

Por último, a mis “maridas” de tesis, por mantenernos juntas en este largo camino que hoy finalizamos con la palabra LICENCIADAS. ¡Lo logramos, chiquillas!

-Allison León Torres-

A Dios y a la Virgen, que me regalaron vida y fuerzas para terminar este trabajo.

A mi familia, en especial, a mi mamá Adriana, a mi papá Abraham y mi hermana Jos, por escucharme y apoyarme en los mil momentos de estrés. ¡Todos estos años, ustedes han sido mi faro para llegar hasta aquí!

A mis amigos y colegas, porque sus consejos hicieron este camino más llevadero.

A los chicos de ECU que me acompañaron y se preocuparon por mí, gracias por sus oraciones. ¡Una parte de este trabajo es de ustedes!

A “Tuuu”, que creíste en mí, me recomfortaste y me ayudaste a pesar de tener todo en contra. Has sido mi mayor inspiración para perseguir mis sueños. ¡Solo puedo decir: esto apenas empieza!

Por último y no menos importante, a mi TEAM de oro: Ken, Anita y la “Pingüi”. ¡Chicas, este logro no sería lo mismo sin ustedes! ¡Gracias por todo, licenciadas!

-Julie Sharpe Soto-

A Dios, porque, desde que le entregué mi vida, lo hago todo para Él.

A mi madre Marianela Ruiz Castro y a mi padre Sergio Alfonso Mora Durán, quienes han estado apoyándome desde el primer momento, desde preescolar, primaria, secundaria y ahora en la educación superior. Sin ellos, no sería lo que soy en la actualidad y este trabajo es fruto del esfuerzo que han invertido en mí.

A mis dos hermanas Estefanía Mora Ruiz y Alexandra Esquivel Ruiz, quienes han sido mi motivación para ser una mejor persona. Ser una hermana mayor siempre será una gran responsabilidad para mí porque debe inspirarlas a conseguir sus sueños. Ellas son mis princesas, la luz de mis ojos y el regalo más hermoso que recibí.

A mi novio Freddy Alberto Sánchez Saborío, quien siempre me ha apoyado en las buenas, en las malas y en las peores. En todos estos años, cuando siento que estoy perdiendo la batalla, él siempre ha estado ahí ayudándome y motivándome.

A mis compañeras de TFG Julie, Allison y Kendy. Ha sido un proceso bastante difícil, sin embargo, no hubiera podido culminarlo sin su apoyo, invaluable aportes y ese compañerismo. Me siento realmente afortunada por haber trabajado hombro a hombro con ustedes y culminar este proceso juntas. ¡Les deseo infinitos éxitos profesionales, pues solo merecen lo mejor! Se han ganado un espacio en mi corazón, el cual el tiempo será incapaz de borrar.

¡Si llego a ser una profesional, es gracias a cada una de las personas aquí mencionadas, pues han sido mi fortaleza en todo este proceso!

-Ana Ruth Mora Ruiz-

*A mi familia, especialmente, a mi madre, que me ha apoyado en todo lo
que ella puede.*

*A mis compañeras de tesis, que más que compañeras son mis “maridas”
para siempre. ¡No pude trabajar con mejor equipo que ustedes! ¡Son las
mejores!*

-Kendy Arroyo Godínez-

Tabla de contenido

Derechos de propiedad intelectual.....	iv
Reconocimientos	vi
Dedicatorias.....	vii
Tabla de contenido	xi
Índice de cuadros	xvi
Índice de figuras	xvii
Abreviaturas.....	xviii
Resumen ejecutivo	xix
Abstract	xxi
Capítulo I: Aspectos introductorios de la investigación.....	1
1.1 Justificación	3
1.2 Antecedentes históricos en la salud pública.....	6
1.2.1 Contexto internacional y nacional	7
1.3 Planteamiento del problema	12
1.4 Eje problematizador	25
1.5 Objetivos.....	26
1.5.1 Objetivo general	26
1.5.2 Objetivos específicos.....	26
Capítulo II: Métodos de trabajo	27
2.1 Enfoque metodológico	27
2.2 Diseño	29
2.3 Alcances y delimitaciones.....	30
2.4 Unidad de estudio y categorías de análisis	31
2.5 Técnicas e instrumentos de recolección de información	33

2.5.1 Revisión bibliográfica - antecedentes	33
2.5.2 Análisis administrativo	34
2.5.3 Entrevistas.....	35
2.6 Población objetivo.....	36
2.7 Métodos y técnicas para el análisis de la información recolectada	37
2.8 Limitantes de la investigación	38
Capítulo III: Marco teórico	40
3.1 Conceptualización de salud	40
3.1.1 Estratificación del sistema de salud	41
3.2 Conceptualización de logística y operaciones.....	46
3.2.1 Logística	46
3.2.2 Planeación de operaciones	46
3.2.3 Proceso administrativo	48
3.3 Conceptualización de calidad	51
3.3.1 Satisfacción del cliente	52
3.3.2 Normas y estándares de calidad	54
3.4 Conceptualización de mejora continua	56
3.4.1 Ciclo PHVA.....	56
3.4.2 Herramientas de diagnóstico	59
3.5 Conceptualización de análisis administrativo	61
3.5.1 Diseño de estructuras eficientes	62
3.6 Conceptualización de actores	62
3.6.1 Personal médico.....	63
3.6.2 Personal administrativo	63
3.6.3 Beneficiarios.....	64

3.7 Matriz de mandatos	65
Capítulo IV: Características generales del Área de Emergencias del HDRACG	68
4.1 Contextualización al Área de Emergencias (HDRACG)	68
4.2 Aspectos técnicos, legales, de planificación, control de operaciones y logística que inciden en la calidad y eficiencia del Área de Emergencias del HDRACG.	70
4.2.1 Aspectos legales	71
4.2.2 Aspectos de planificación	78
4.2.3 Aspectos operativos	85
4.2.4 Aspectos técnicos.....	94
Capítulo V: Factores críticos que inciden en la calidad y eficiencia del Área de Emergencias del HDRACG, conforme a la normativa técnica.	124
5.1 Factores críticos del proceso de atención de emergencias conforme a la normativa técnica.....	124
5.1.1 Juntas Directivas y Alta Gerencia: presupuestos y planificación	127
5.1.2 Operaciones y logística: prestación directa del servicio de atención médica	132
5.1.3 Operaciones y logística: gestión intrainstitucional EBAIS del Área Este (logística).....	138
5.1.4 Operaciones y logística: gestión logística Cruz Roja/paramédicos en el traslado de pacientes.....	142
5.1.5 Áreas de apoyo: recurso humano.....	145
5.1.6 Área de apoyo: compras y proveeduría	149
5.1.7 Área de apoyo: servicios especializados	152

5.2 Análisis de riesgos con base en los factores críticos que inciden en la calidad y eficiencia del servicio.	154
5.3 Planes de contingencia para la atención de riesgos	164
5.3.1 Acciones antes de COVID-19	164
5.3.2 Acciones durante la COVID-19.....	168
Capítulo VI: Nuevas estrategias en la planeación de operaciones y la logística del Área de Emergencias para la prestación de servicios eficientes y de calidad, contexto post COVID-19	175
6.1 Propuestas de mejora al servicio de salud por parte de las organizaciones internacionales.....	175
6.2 Estrategias en la planeación de operaciones y la logística del Área de Emergencias, para la prestación de servicios eficientes y de calidad.	179
6.2.1 Primera fase: Planificar.....	180
6.2.2 Segunda fase: Hacer	186
6.2.3 Tercera fase: Verificar	189
6.2.4 Cuarta Fase: Actuar	190
Capítulo VII: Conclusiones y recomendaciones	193
7.1. Conclusiones	193
7.2. Recomendaciones	206
Referencias bibliográficas	221
Anexos.....	245
Anexo 1. Reformas al sector salud en Suecia.....	245
Anexo 2. Organigrama del Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia	246
Anexo 3. Problemas presentes en los hospitales.....	247
Anexo 4. Preguntas realizadas a personas funcionarias.....	247

Anexo 5. Recopilación de conceptos claves	251
Anexo 6. Límites generales de Contratación Administrativa, año 2020	253
Anexo 7. Ilustración 4: Árbol de resultados seguro de salud.....	254
Anexo 8. Ilustración 2: <i>Desafíos</i>	255
Anexo 9. Diagrama de flujo del Servicio de Emergencias	256
Anexo 10. Relación de factores críticos con ciclo PHVA.....	257
Anexo 11. Customer Journey Map.....	258
Anexo 12. Empathy Map	259
Anexo 13. Encuesta a colaboradores del Servicio de Emergencias del HDRACG	260
Anexo 14. Encuesta de satisfacción a las personas usuarias del Servicio de Emergencias del HDRACG.....	264
Apéndice: Informe para justificación de enfoque a la investigación	267
Evidencia 1. Bitácora de solicitudes y respuestas.....	273
Evidencia 2: Requisitos del Comité de Bioética	285

Índice de cuadros

Cuadro 1 Histórico del gasto de atención de la salud en Costa Rica 2010-2015	14
Cuadro 2 Contabilización de emergencias a nivel nacional en comparación con el HDRACG en 2017.....	18
Cuadro 3 Delimitaciones de la investigación.....	31
Cuadro 4 Categorías de análisis de investigación.....	32
Cuadro 5 Generalidades del HDRACG	44
Cuadro 6 Principal legislación vigente para la CCSS	66
Cuadro 7 Análisis de riesgos en el Servicio de Emergencias.....	155
Cuadro 8 Ajustes en las partidas presupuestarias ante la emergencia nacional por COVID-19.....	170

Índice de figuras

Figura 1 Línea de tiempo sobre la reforma de Sector Salud	10
Figura 2 Gasto por función de salud, Costa Rica, periodo 2011-2016	15
Figura 3 Distribución de los hospitales nacionales	43
Figura 4 Demanda anual del Servicio de Emergencias del HDRACG, 2016-2020	96
Figura 5 Estructura organizacional de la Gerencia Logística.....	103
Figura 6 Matriz de niveles organizacionales.....	105
Figura 7 Organigrama estructural de la Dirección Técnica de Bienes y Servicios	107
Figura 8 Relación de niveles organizacionales Dirección Técnica de Bienes y Servicios	109
Figura 9 Organigrama estructural Dirección de Producción Industrial ...	111
Figura 10 Relación de niveles organizacionales Dirección de Producción Industrial	114
Figura 11 Organigrama estructural Dirección de Aprovisionamiento de Bienes y Servicios	116
Figura 12 Matriz de niveles organizacionales Dirección de Aprovisionamiento de Bienes y Servicios.....	122
Figura 13 Estructura organizacional por configuraciones	125
Figura 14 Proyecto Presupuesto 2020	128
Figura 15 Esquema explicativo del “Boarding”	134
Figura 16 Red de Servicios Este	140
Figura 17 Diagrama de Ishikawa.....	163
Figura 18 Fases de <i>Design Thinking</i>	183

Abreviaturas

Sigla	Significado
BINASSS	Biblioteca Nacional de Salud y Seguridad Social
CCSS	Caja Costarricense de Seguro Social
CENDEISSS	Centro de Desarrollo Estratégico en Educación e Investigación en Salud y Seguridad Social
CGR	Contraloría General de la República
CONIS	Consejo Nacional de Investigación en Salud
COVID-19	Coronavirus tipo 2 provocado por el virus Sars-CoV-2
DHR	Defensoría de los Habitantes de la República de Costa Rica
EBAIS	Equipos Básicos de Atención Integral en Salud
HDRACG	Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia
INTECO	Instituto de Normas Técnicas de Costa Rica
MINSA	Ministerio de Salud
OCDE	Organización para la Cooperación y Desarrollo Económicos
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PGR	Procuraduría General de la República

Resumen ejecutivo

Referencia bibliográfica: Arroyo Godínez, K., León Torres, A., Mora Ruiz, A., Sharpe Soto, J. (2021). *La planeación de operaciones y la logística en el Área de Emergencias del Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia y su influencia en la calidad de la prestación de servicios*. [Tesis de Licenciatura en Administración Pública. Universidad de Costa Rica], San José, Costa Rica.

Tutor: MBA Carlos Carranza Villalobos

Palabras clave: CCSS, Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia, Área de Emergencias, logística, planeación de operaciones, calidad, atención médica, mejora continua, COVID 19

La salud pública representa un pilar fundamental en el Estado Social de Derecho de Costa Rica. Con la creación de la Caja Costarricense de Seguro Social, se procura llevar a la población un sistema hospitalario eficiente, que sea capaz de solventar la necesidad de contar con una atención médica integral.

Para un contexto más específico, se presenta el caso del Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia, catalogado como hospital nacional, el cual atiende a la población costarricense y extranjera que requiera de servicios especializados en salud. Asimismo, el Área de Emergencias, con un promedio de 120.000 atenciones anuales, requiere estricta coordinación en la planeación de operaciones y logística con el fin de brindar, a sus funcionarios, los insumos necesarios para la atención, mientras a los usuarios, un servicio de calidad.

En la presente investigación, se tiene como objetivo principal analizar los aspectos logísticos y la planeación de operaciones aplicada en el Área de Emergencias del Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia, que pueden influir en la calidad y eficiencia de la prestación de servicios.

Se utiliza un enfoque cualitativo, el cual, a partir de la triangulación de datos entre el análisis administrativo de la gestión, las entrevistas no estructuradas a funcionarios y la revisión bibliográfica, permite brindar un panorama más integral de la situación actual en el Área de Emergencias del Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia. El desarrollo teórico se fundamenta a partir de

conceptos como salud, calidad, logística y operaciones, los cuales fungen como base para la investigación.

A partir de esto, se identifica, como primer objetivo, en el capítulo IV, los aspectos legales, de planificación, operativos y técnicos, que aplican, tanto para los profesionales de la salud, como para el personal administrativo en función de los usuarios-beneficiarios, lo cual es la principal base de gestión que rige al Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia.

Como segundo objetivo, en el capítulo V, se establece, en principio, una comparativa entre la teoría y la práctica de la planeación de operaciones y logística, estableciendo los factores críticos que influyen en la calidad y eficiencia de la atención médica. Posteriormente, con base en la teoría de calidad, se identifican los principales riesgos del servicio, los cuales se enfocan mayormente en aspectos como recurso humano, coordinación intrainstitucional, almacenamiento, infraestructura y presupuesto. Dichos aspectos se vieron agravados y modificados con la pandemia por COVID-19.

Si bien se presentaron limitaciones de acceso a la información y a la observación presencial por la emergencia nacional de la pandemia por COVID 19, como tercer objetivo, en el capítulo VI, se propone una estrategia de mejora que funja como una guía de comparación y de realimentación teórica-práctica que se pueda ejecutar *a posteriori* con base en el ciclo PHVA y en modelos internacionales aplicables al país.

En cuanto a los resultados obtenidos, se establece cómo la organización y gestión en el sector salud (CCSS- Hospital) se lleva a cabo para responder las necesidades operativas y logísticas. En ese sentido, se presenta una valoración de las opciones de mejora para la atención médica y se precisan alternativas de diseño administrativo para la prestación de servicios eficientes en el hospital, de manera que cada uno de los aportes generados pueda ser externado a nivel país.

Abstract

Reference: Arroyo Godínez, K., León Torres, A., Mora Ruiz, A., Sharpe Soto, J. (2021). *La planeación de operaciones y la logística en el Área de Emergencias del Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia y su influencia en la calidad de la prestación de servicios*. [Tesis de Licenciatura en Administración Pública. Universidad de Costa Rica], San José, Costa Rica.

Tutor: MBA Carlos Carranza Villalobos

Key words: CCSS, Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia, emergencias, logistics, operations planning, quality, medical care, COVID 19.

Public health forms a fundamental pillar in the Social State of Law of Costa Rica, and with the creation of the CCSS, it is sought to bring an efficient hospital system to the population, which is capable of solving the need for a comprehensive medical care.

In a specific context of the above, the case of the Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia Hospital is presented, classified as a national hospital, which serves the Costa Rican and foreign population that requires specialized health services. Likewise, the Emergency area, with an average of 120,000 visits per year, requires strict coordination in the planning of operations and logistics, in order to provide workers with the necessary supplies for care and users a quality service.

The main objective of this research is to analyze the logistical and operational planning aspects present in the Emergency area of the Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia Hospital, which can influence the quality and efficiency of the provision of services.

A qualitative approach is used, which, based on the triangulation of data between the administrative analysis of the management, unstructured interviews with officials and a bibliographic review, allows a more comprehensive overview of the current situation in the emergency area of

Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia Hospital. The theoretical development is based on concepts such as health, quality, logistics and operations, serving as a basis for research.

From this, the first objective is identified in Chapter IV, the legal, planning, operational and technical aspects, which apply to both health professionals and administrative staff, depending on the users-beneficiaries; being the main management base that governs the Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia Hospital.

As a second objective, Chapter V establishes in principle, a comparison between the theory and practice of operations and logistics planning, establishing the critical factors that influence the quality and efficiency of medical care, subsequently based on the Quality theory (High-level structure), the main risks of the service are identified, which focus mainly on human resources, intra-institutional coordination, storage, infrastructure and budget, which were aggravated and modified by the pandemic COVID-19.

Although there were limitations of access to information and face-to-face observation due to the National Emergency of the COVID 19 pandemic, as a third objective, in chapter VI, an improvement strategy is proposed that serves as a comparison guide and theoretical feedback. -practice that can be carried out afterwards; based on the PDCA cycle and international models applicable to the country.

Regarding the results obtained, it is established how the organization and management in the health sector (CCSS-Hospital) is carried out to respond to the operational and logistical needs, an assessment of the improvement options for medical care is presented and there are required administrative design alternatives for the provision of efficient services in the hospital, so that each of the contributions generated can be externalized at the country level

Capítulo I: Aspectos introductorios de la investigación

En el marco de la salud pública costarricense, el Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia, vigésimo noveno presidente de la República de Costa Rica, conocido por ser el reformador social de la historia del país, instaura la Caja Costarricense de Seguro Social (en adelante CCSS) como institución encargada de velar por la seguridad social de los ciudadanos. El éxito de misma se ha basado en una gestión integral de los recursos, la cual incluye históricamente su declaratoria como institución autónoma, su rectoría en temas de centros médicos, la universalización de los servicios médicos, la creación del seguro de Invalidez, Vejez y Muerte (IVM) y Régimen No Contributivo, por mencionar algunos, para convertirse, en la actualidad, en institución benemérita de la patria y un modelo por seguir para las naciones.

En la misma línea, en el año 1945, se crea lo que actualmente se conoce como Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia (en adelante HDRACG). Este centro médico nace con el objetivo de brindar atención en temas de salud caracterizados por la calidad y complejidad de los mismos. En su apertura, contaba con apenas 29 camas y 20 médicos, y hoy en día es el hospital protagónico de la Red Este, una de las tres redes en las que se divide la atención médica del país (Quirós, 2015, párr.2).

Posterior a la creación de este centro de salud, la Declaración Universal de Derechos Humanos establece los derechos fundamentales que protegen a todo ser humano alrededor del mundo. Específicamente, en el artículo 25,

se cita lo siguiente: “Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial’ (...) ‘la asistencia médica y los servicios sociales necesarios” (1948).

Para reforzar el principio establecido anteriormente, la administración del servicio toma un papel importante al inspeccionar y coordinar que cada hospital cuente con los recursos necesarios para actuar.

Asimismo, se visualiza la salud no solo desde la atención doctor-paciente, sino considerando una serie de factores que van más allá de lo que el usuario percibe. Entre ellos, se encuentran los esfuerzos de la planeación de operaciones y logística para dar abasto con el bienestar general.

Al hablar de gestión para los hospitales, estos factores se presentan con frecuencia, tanto en la parte administrativa, como en la atención médica de los pacientes; dichos temas persisten y se han agravado por situaciones internas que salen a la luz pública, entre ellas, casos de corrupción, mala praxis por parte del personal médico y desórdenes administrativos que dificultan la unidad entre las partes involucradas para brindar atención de calidad.

En el caso del Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia que recibe una importante afluencia de pacientes al ser uno de principales hospitales nacionales del país y específicamente el Área de Emergencias, que mantiene la mayor afluencia de pacientes al atender las 24 horas, los 7 días

de la semana, y de este parten, en la mayoría de los casos, la distribución de los casos clínicos a las distintas áreas de especialización, se convierte en esencial que todo su funcionamiento logístico se encuentre articulado con el fin de brindar un servicio de calidad.

Bajo esta premisa, el presente trabajo de investigación analiza esos tópicos que influyen en la calidad y eficiencia de la prestación de servicios, en los ámbitos de la planeación de operaciones y logística, los cuales coadyuven a la mejora de la atención médica y, por ende, que la población siga gozando del derecho a la vida.

1.1 Justificación

La salud pública en Costa Rica es considerada uno de los ejes más importantes en la calidad de vida de una persona; sin embargo, a lo largo del tiempo y debido a las exigencias de una población cambiante, se han presentado dificultades para prestar los servicios de salud de la manera en que la población lo requiere, aun a pesar de ser destacada por la OCDE (2017) por “su estabilidad institucional respecto al financiamiento y la planificación; un brazo proveedor cercanamente integrado pero claramente diferenciado, con una atención primaria fuerte en su base[...] (p. 3).

Por ello, en el campo de la Administración Pública, se presenta el reto de trabajar bajo el marco de la eficiencia y el manejo adecuado de los limitados recursos públicos. Al estudiar la salud pública más allá de la perspectiva científica, la intervención de la Administración Pública busca proporcionar

estudios que permitan la aplicación de nuevas estrategias para alcanzar mejoras palpables dentro de un contexto técnico, en especial, para un área tan sensible a las reestructuraciones administrativas y operativas que se han llegado a implementar en la CCSS.

Para poder desarrollar este tema de una manera amplia e integral, se partirá del concepto propuesto por Caba Villalobos, et al. (s.f.) en el cual se indica que:

En la mayor parte de los casos, el origen o razón de ser de cualquier bien o servicio surge por las necesidades del hombre. Para producir esos bienes o prestar los servicios, se requiere de una inversión de capital para adquirir los insumos, maquinarias, tecnología y la parte más importante que es el talento humano. De esta manera, se conforman las empresas, dentro de la sociedad comunitaria, para satisfacer las necesidades (p. 2).

Es evidente que los hospitales y centros de salud tienen, como su primer objetivo, ayudar, o bien, como se mencionó anteriormente, satisfacer las necesidades en salud de la población. De esta forma, Costa Rica, en su trayectoria, se convierte en ejemplo por seguir por su organización hospitalaria pública, y el HDRACG, así como los demás grandes centros a nivel nacional, no es la excepción.

Con el fin de valorar, desde el ámbito de la gestión pública, si realmente las acciones están siendo implementadas sobre la base de atender las

necesidades que se tienen actualmente y brindar una solución apegada a la capacidad del hospital, se definen tres criterios: conveniencia, relevancia social e Implicaciones prácticas, a través de los cuales se dará una orientación más focalizada a la investigación.

En lo referente a la conveniencia, el estudio de caso por realizar pretende, como se mencionó con anterioridad, brindar una visión a profundidad de los problemas presentados el hospital en el Área de Logística y Planeación de Operaciones. De esta manera no solamente se buscarían soluciones temporales ante problemas de infraestructura, equipo, personal o coordinación, sino que se determinarían los principales aspectos de la logística que afectan la atención médica y, con ellos, se puedan ampliar las perspectivas hasta llegar a una mejora más específica y directa del problema.

Por otra parte, en lo referente a la relevancia social, es necesario destacar que, más allá de beneficiar y facilitar la gestión y resolución de conflictos de los centros médicos públicos, la razón de ser de los hospitales, clínicas y de la salud pública en general es velar por el bienestar de las personas. Como lo establece la Constitución Política de Costa Rica, “la vida humana es inviolable” (artículo 21, 2015), por tanto, es importante tener en mente que, si la atención médica brindada se aleja de las necesidades y demandas de los usuarios, no se cumple con el verdadero propósito de velar por la salud. Es necesario que los usuarios se conviertan en parte de

la solución como población informada y no se mantengan solamente como víctimas aisladas de los problemas existentes.

En relación con las implicaciones prácticas, se realiza una propuesta de mejora que cree conciencia para que el hospital y las direcciones médicas administrativas continúen revisando y evaluando cuáles oportunidades aprovechar, aplicar o adaptar. De alguna manera, se evitaría que las problemáticas se vuelvan más grandes o continúen reiteradamente por la carencia de un análisis claro.

Por consiguiente, con el fin de conseguir una visión macro de la planeación de operaciones y logística, analizando cómo ésta tiene influencia en la prestación de servicios, se busca estudiar uno de los hospitales más grandes del país: el Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia (de ahora en adelante HDRACG) ubicado en la capital San José; específicamente, se analizará el Área de Emergencias, la cual es una de las más utilizadas y comunes para la población a nivel nacional y, en algunos casos, extranjera.

1.2 Antecedentes históricos en la salud pública

Para comprender mejor dónde surge la interrelación entre el sistema de salud desde una perspectiva administrativa, se destacan 2 casos de éxito a nivel internacional similares al sistema de salud costarricense, así como algunos hechos históricos que han marcado la línea de funcionamiento logístico y operacional de la CCSS desde su creación en 1941 hasta 1998 con la implementación del enfoque por compromisos de gestión acción que

dio paso a estudios e investigaciones generales en términos de funcionamiento del servicio realizados a partir el 2005.

1.2.1 Contexto internacional y nacional

El sistema de salud público, a lo largo del tiempo, se ha posicionado como uno de los temas más relevantes para la población a nivel mundial debido a la importancia y complejidad que tiene. Bowersox, et al. (2007), citados por Jones (2017), mencionan que la colaboración de las empresas para fomentar la competitividad sana y la solución al proveer los insumos necesitados por los pacientes se basa en la parte monetaria más que social. Se conocen casos de éxito utilizando alianzas entre organizaciones públicas y privadas, donde la inversión aumenta y se trabaja con sinergia entre los actores involucrados, como es la situación de Finlandia.

En línea con lo anterior, Suecia se destaca en salud como el cuarto país mejor servicio médico en el mundo. Esto gracias a las alianzas público-privadas, entre ellas, las municipalidades que tratan a personas adultas mayores, y las empresas adjudicadas por licitación que se encargan de medicamentos y atención primaria. Este modelo ha sufrido cambios conforme pasa el tiempo y cambian las necesidades de los pacientes (ver anexo 1), como lo indica el artículo *Reviews of Health Care Quality: Sweden 2013* de la OECD (OCDE en español).

Estas diferencias constituyen un insumo importante para las estrategias de calidad en Suecia, “donde la responsabilidad local por la prestación de

atención médica es combinada con un sistema de rendición de cuentas fuertemente desarrollado basado en datos de desempeño” (2013, p. 43).

Actualmente, estos dos países se consideran líderes en Europa en lo referente al sistema de salud, debido a sus buenas prácticas, como las inversiones en salud y un adecuado manejo de la información dentro de un solo registro a nivel nacional.

En Costa Rica, de acuerdo con un estudio de la OCDE realizado en el año 2017, se revela que “el gasto nacional en salud es mayor al promedio que mantienen los países de ingresos medios y se encuentra sobre el promedio del PIB” (OCDE, 2017, p 47). Tomando en cuenta los gastos que debe afrontar la CCSS a nivel de salud hospitalaria (agregando las enfermedades de naturaleza crónica que afligen en mayor grado al país año tras año), las finanzas que sostienen a la CCSS afrontan el reto de mantener la eficiencia de los recursos monetarios.

Desde un contexto histórico, la CCSS, desde su creación en el año 1941, utilizó un modelo de atención de la salud presente en el Estado Benefactor, el cual busca la protección universal; es decir, que todos los contribuyentes y no contribuyentes estuvieran en condiciones de recibir la misma atención médica ante una enfermedad, sin necesidad de que el mercado influyera en la calidad de la atención brindada por el estatus económico de la persona. Lo anterior es establecido en el artículo 108 de la Ley Constitutiva de la CCSS: “Todos los habitantes de la República tienen derecho a la

protección, conservación y restablecimiento de su salud, así como el deber de conservarla (...)" (Quirós, 1993, p. 22).

En ese sentido, para que este cometido fuera posible, se adquiere deuda externa para la compra de insumos médicos, tanto medicamentos, como equipo tecnológico para la atención.

A finales de la década de 1980, se da una crisis por este faltante económico para mantener el modelo actual. Al respecto, Quirós (1993) detalla que "el Estado financiaba únicamente alrededor del 33% del aporte total a la seguridad social" (p. 24). Lo anterior provoca que, a mediados de la década de 1990, se busque una solución integral para mantener el principio de protección universal, y se incursiona en una modernización del sector salud de "compromiso de gestión"; por ende, la CCSS funciona como financiador y comprador, y el mercado como proveedor de servicios.

De esta manera, "la administración pasa a un modelo estratégico, donde se prevén riesgos y se toman decisiones inmediatas en la provisión de servicios esenciales en caso de presentarse una escasez; plan piloto en el que el HDRACG fue uno de los pioneros para su implementación" (BINASSS, 1997, p. 25).

Adicionalmente, la creación de los EBAIS en 1994, como parte de esta reforma, traslada las competencias de atención básica y prevención a las comunidades, lo cual aliviana la carga atencional de los hospitales y focaliza sus esfuerzos en la atención especializada.

Seguidamente, en el año 1998, a la CCSS, se le concede la potestad de distribuir sus fondos entre los hospitales públicos para suplir las necesidades, debido a la autonomía presupuestaria, de contratación administrativa, manejo de recursos humanos, entre otros, que le otorga el Reglamento a la Ley N.º7852 “Desconcentración de los Hospitales y Clínicas de la Caja Costarricense de Seguro Social”, artículo 1, inciso 1). Luego de esta reforma en todos los hospitales del país, sin excepción al HDRACG (ver anexo 2), a los centros hospitalarios, se les mejora el control de la producción. Asimismo, al trabajar bajo un modelo de cumplimiento por objetivos, cada hospital posee la facultad de gestionar sus recursos de acuerdo con la demanda, y en ello, la adjudicación de contratos de compra a empresas privadas contribuye a ese control interno de los hospitales (ver figura 1).

Figura 1 Línea de tiempo sobre la reforma de Sector Salud



Fuente: Elaboración propia de las investigadoras para efectos del presente trabajo investigativo

Este cambio de modelo de gestión trajo consigo un reto de adaptación constante a las necesidades de la población y a la planificación nacional, por lo cual se ampliaron las posibilidades de estudios desde la visión administrativa. En la investigación de Araya y Rivera (2005), se evidencia como problema que:

Las prácticas teóricas han sido entendidas, pero no se han logrado poner en práctica. Se han generado acciones aisladas con el objetivo de lograr una salud integral a falta de planificación y participación social, lo que causa que, tanto el modelo de intervención, como el modelo planteado por la reforma del sector salud sean contrarios (p. 8).

A razón de lo anterior, surge la principal necesidad de profundizar en cómo ha funcionado la gestión desde la Administración Pública, siendo uno de los principales objetivos en el momento de implementar nuevos modelos, que se busque generar valor público real para los usuarios y que atiendan las necesidades bajo una visión de calidad.

Por consiguiente, es menester indicar que la CCSS, a nivel de planificación logística, no cuenta con estudios publicados entre el 2000 y el 2005. Las primeras investigaciones por parte de la Contraloría General de la República salieron a la luz en 2005 por causa de las noticias que se estaban presentando en los noticieros por diversos problemas en los hospitales y centros de salud. En relación con el Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón

Guardia, se conocen investigaciones desde la Escuela de Administración de Salud de la UCR y, de manera más general, a través de artículos que exponen los esfuerzos realizados por implementar mejoras a nivel interno y externo del sistema, sin embargo, presentan un enfoque muy generalizado.

Los principales hallazgos referentes a los estudios antecedentes a esta investigación se exponen a continuación como parte del planteamiento del problema.

1.3 Planteamiento del problema

La CCSS es una institución que cuenta con grandes capacidades para brindar una atención privilegiada; sin embargo, la manera como se ha gestionado la autonomía con la que cuenta ha dejado brechas administrativas al no verse preparada para los constantes cambios y afectaciones externas.

Por ende, en el año 2008:

La CCSS crea la Gerencia de Logística con el objetivo mejorar la administración y regulación del sistema institucional de abastecimiento de bienes y servicios, la producción de medicamentos y soluciones parenterales que, técnicamente, se ha definido en función de la capacidad operativa de las plantas y a la prestación de servicios estratégicos del lavado

de ropa de algunos centros médicos, fabricación de piezas de ropa hospitalaria y servicio de óptica (Castillo, 2014, p. 107).

Pese a los esfuerzos, los mecanismos de contención de costos operativos no resultaron como se esperaba, ya que se evidencia un aumento progresivo del gasto. De acuerdo con datos recopilados por la OCDE en su informe “Estudios de la OCDE sobre los sistemas de salud: Costa Rica”:

Los datos de la CCSS muestran que, desde el 2010, los costos en este sector han subido anualmente en un promedio del 7.9%. En contraste, los costos operativos de la atención primaria están en alrededor de 40% de los del sector hospitalario, y suben más despacio, con un promedio de 6.7% al año (OCDE, 2017, p. 48).

Lo anterior se puede observar en el cuadro 1:

Cuadro 1 Histórico del gasto de atención de la salud en Costa Rica 2010-2015

Gasto (millones de colones de Costa Rica, valores nominales)							
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	AAGR 2010-2015
Hospitales de cuidados Intensivos							
Total	596 435	659 720	710 057	752 589	806 089	878 382	8,10%
Gasto operativo	592 006	652 730	705 943	746 851	798 708	866 441	7,90%
Salarios	420 578	453 677	479 338	516 333	548 532	586 605	6,90%
Cuidados Primarios							
Total	259 454	278 924	291 415	318 999	331 572	357 409	6,60%
Gasto operativo	256 557	276 365	289 873	316 645	328 660	354 001	6,70%
Salarios	160 935	174 235	180 566	197 956	210 821	225 992	7,10%

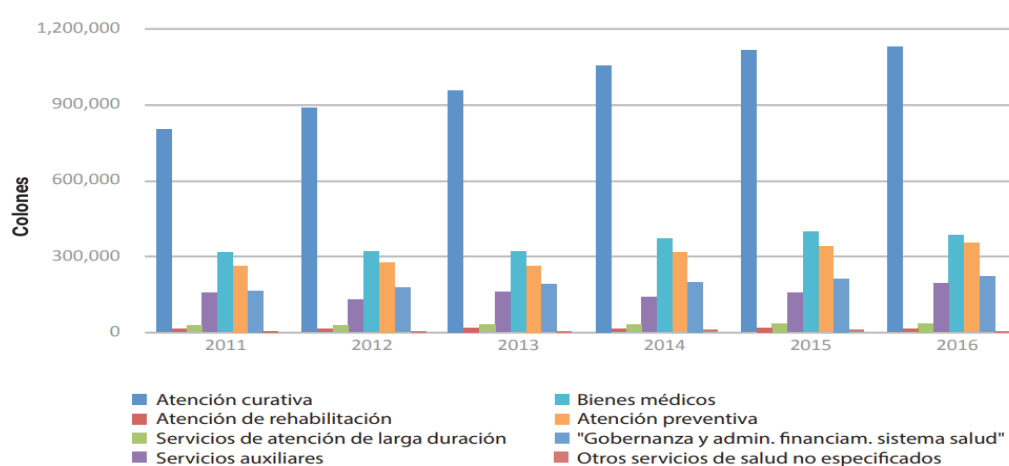
Fuente: Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos, 2017

Este estudio de la OCDE evidencia que no existe una relación costo beneficio para la población con el aumento de los costos operativos, ya que “aspectos como la esperanza de vida, los tiempos prolongados de espera y los tiempos de atención de puerta al quirófano, por mencionar algunos, se mantienen por debajo del promedio de la OCDE” (2017, p. 49).

Es importante resaltar que uno de los mayores gastos se presenta en el consumo de bienes y servicios de salud para la atención curativa, la cual "comprende el contacto con los servicios de salud con el objetivo de tratar los síntomas de la enfermedad o lesión, reducir su gravedad o para luchar contra su complicación" (MINSAL, 2018, p. 48).

Lo anteriormente mencionado se puede apreciar en la figura 2, donde se observa que el gasto en la atención curativa ha ido creciendo a través de los años 2011-2016, lo cual es proporcional a las necesidades de las personas de recibir atención médica para aliviar lesiones menores o tratar enfermedades crónicas con el fin de evitar complicaciones.

Figura 2 Gasto por función de salud, Costa Rica, periodo 2011-2016
(millones de colones)



Fuente: Equipo técnico de Cuentas de Salud de Costa Rica, basado en Sistema de Cuentas de Salud SHA, 2011

En esta misma línea, Pablo Sauma, citado en Salazar (2017), exdirector de la CCSS y economista, indica que “la institución carece de una verdadera planificación y una adecuada rendición de cuentas”, versión en la que coinciden diversos directores de hospitales e investigadores en el Foro Visionarios 20/20, respondiendo a la falta de una Gerencia General en la CCSS en ese entonces.

Como solución, la Junta Directiva, en el 2017, toma la decisión de reestructurar el ámbito central y de conformar una Gerencia General y cuatro Gerencias Funcionales, uniendo la Dirección de Administración y Gestión de Personal, la Dirección de Comunicación Organizacional, el Centro de Desarrollo Estratégico en Educación e Investigación en Salud y Seguridad Social (CENDEISS) y la Dirección de Tecnologías de Información y Comunicaciones con el fin de gestionar un plan de acción que agilice las necesidades de la población en contraste con los presupuestos.

Paralelamente con la gestión de los servicios de salud, es menester resaltar que “el ámbito de la colaboración entre las empresas debe abarcar más allá del historial de ventas e incluir planes detallados de la promoción, la introducción de nuevos productos y las operaciones diarias” (Bowersox, et al., 2007, p. 8). Atendiendo a lo anterior, se propuso el fortalecimiento de los EBAIS como medios de descongestionamiento, considerándolos “filtros” para los hospitales periféricos y regionales, antes de trasladar a la población al hospital general. En perspectiva, “la distribución de pacientes entre los hospitales nacionales (HDRACG, Hospital San Juan de Dios y Hospital México), se fracciona en 43 por ciento, 44 por ciento y 13 por ciento, respectivamente” (Jaramillo, 1998, p. 56). Dicha tendencia se mantiene conforme a lo indicado en memorias institucionales recientes de la CCSS.

No obstante, por causa de la crisis financiera, se dejó incompleta la inversión en el primer nivel de atención [EBAIS] y en los hospitales regionales. De acuerdo con Otárola:

En parte, ésta es una de las causas de las listas de espera. En vista de que ese primer nivel de atención es deficiente, los médicos no tienen otra salida más que **enviar a los pacientes a los hospitales de tercer nivel [Hospital General]** (El destacado en negrita no pertenece al original) (25 de mayo 2015, párr. 6).

Siguiendo la línea, una de las causas detonantes para buscar mejoras en el servicio ha sido la saturación de los servicios médicos, donde se resalta que el total de emergencias recibidas a nivel nacional durante el 2017 (ver cuadro 2) alarma a las autoridades a tomar acciones sobre la logística y planeación de operaciones del mismo. Lo anterior porque, si se visualizan, de manera generalizada, la oferta y la demanda del hospital junto con la idea de brindar servicios médicos de calidad a la población, se pueden observar usuarios del servicio esperando durante horas en los pasillos del Área de Emergencias.

Para ser precisos, un total de 5.694.603 (cinco millones seiscientos noventa y cuatro mil seiscientos tres) son emergencias, de las cuales casi la mitad de ellas se catalogan como emergencias reales. Dentro de este margen, en la Red de Servicios del Área Este se contabilizó un total de 1.502.356 atenciones. De éstas, 119.334 se dieron en el HDRACG, el cual es uno de

los hospitales nacionales más grandes del país, por tanto, le corresponde, más no se limita a la misma, a la población de las regiones Central y Huetar Atlántica. Si se segrega por urgencias o no urgencias, se obtienen 97.215 como urgencias de distintos tipos, las cuales abarcan desde médicas, quirúrgicas, ginecológicas, obstétricas, entre otras; mientras tanto, 22.119 son catalogadas como no urgencias, o bien, para efectos del centro hospitalario son emergencias que se atienden a nivel de EBAIS (CCSS, 2018).

Cuadro 2 Contabilización de emergencias a nivel nacional en comparación con el HDRACG en 2017

Dato	Total de emergencias recibidas	Emergencias reales	No urgencias
Nivel nacional	5.694.603	2.403.897	3.300.906
Red Este	1.502.356	711.188	791.168
Calderón Guardia	119.334	97.215	22.119

Fuente: Elaboración propia con datos de Presidencia de la República, 2018

En contexto, cada médico cuenta con 15 minutos para atender a cada paciente. Si en el Área de Emergencias atienden 3 consultorios (por ende, 3 doctores), la cantidad de emergencias diarias atendidas en jornada continua asciende a 288. Sin embargo, si se le asignan al HDRACG 120.000 personas anuales, por día, se deben atender en promedio 329 emergencias, con una diferencia de 41 pacientes. Ello provoca no solo una

saturación en la atención, sino una sobredemanda de trabajo para médicos y enfermeros, desabastecimiento de insumos y equipos médicos con vida útil menor a la esperada por el uso excesivo, de acuerdo con lo mencionado por trabajadores del hospital.

Asimismo, para el caso específico del HDRACG, con el incendio sucedido el 12 de julio del 2005, del cual “La gerenta [sic] médica de la Caja, María Eugenia Villalta Bonilla, reconoce que la pérdida de 100 camas desde el incendio ha afectado el manejo y la gestión” (Ávalos, 2015, párr. 8), además de ocasionar el surgimiento de hitos relevantes que marcaron la importancia de redimensionar la situación actual del hospital en oferta versus demanda. De la misma forma, Ávalos menciona que “prueba de la crisis de espacio, es el índice de ocupación: supera el 100%, cuando no debería pasar del 85%. Hoy [2015], el hospital tiene 432 camas; antes del fuego (2005) tenía 550” (2015, párr. 10).

De acuerdo con el resumen ejecutivo del “Informe de auditoría de la CCSS, ASS-403-2015”:

Las instalaciones donde se ubica el área de hospitalización fueron construidas hace más de 40 años, siendo que las condiciones de esos espacios no son los adecuados, situación que se refleja en el hacinamiento que se observa en los salones y el deterioro del mobiliario (2005, p.1).

Como aspecto por resaltar, Rojas precisa que, de acuerdo con un estudio realizado en 2006, el edificio de la torre norte del HDRACG “no cumplía las solicitudes del Código Sísmico para hospitales’ (...) ‘Se urgió un reforzamiento estructural de readecuación electromecánica y arquitectónica del edificio’ (...) ‘La Asociación expuso que el estado actual de la torre norte y de otras áreas del hospital están lejos de ser las óptimas y se encuentran en riesgo de salir de operación ante un terremoto o una emergencia similar al incendio ocurrido en 2005” (Rojas, 2015).

Retomando los problemas presentes en la infraestructura, los servicios y el equipo no siempre se encuentran disponibles en el hospital, lo cual es evidenciado por el “Informe de auditoría interna ASS-424-2015”, en el cual se menciona lo siguiente:

En el caso del Servicio de Radiodiagnóstico, donde se observa que la producción general ha tendido a la baja, se realizaron menos ultrasonidos y tomografías que los programados inicialmente, pese a contar con una lista de espera considerable’. (...) ‘la base instalada en general sigue siendo insuficiente para abastecer la demanda de estudios, los casos más críticos se presentan para ultrasonidos (de 21 a 27 meses), TAC general (de 15 a 18 meses), colon por enema (19 meses) y densitometrías (de 23 a 27 meses) (Informe ASS-424-2015).

“Considerando que los anteriores servicios son de apoyo y no se encuentran bajo la administración directa del del hospital, éstos no presentan instrumentos de control interno de actividades o funciones” (2005, p.1); por ende, se establecen, como principal consecuencia, los atrasos en la obtención de resultados necesarios para llevar a cabo, tanto las cirugías, como los tratamientos correspondientes.

Todos estos casos tienen afectación directa en la capacidad para atender una emergencia de manera adecuada o referenciarla para una atención más especializada (listas de espera), en donde, en concordancia con estadísticas de la CCSS en 2017, “comparando los datos con los del 2016, hubo un incremento de la complejidad de las emergencias y disminuyeron las no urgencias” (Presidencia de la República, 2018, párr. 5).

Como “solución” y de acuerdo con el comunicado emitido por la Presidencia de la República, fruto de la intervención de la Contraloría General de la República, en el 2016, con el informe DFOE-SOC-IF-21-2015, se crea una comisión especial nombrada por la Gerencia Médica para buscar nuevas propuestas y soluciones a la atención de las emergencias en los hospitales a nivel país. La Comisión de Análisis de los Servicios de Emergencias (CASEM) se encuentra conformada, en su mayoría, por profesionales médicos especialistas y un ingeniero industrial, y tiene como principal objetivo lograr el fortalecimiento de los servicios de emergencias y urgencias de la CCSS.

Bajo esta premisa, se informa de varias acciones para ordenar y hacer más eficiente la atención de este servicio como la construcción de una Torre de Emergencias a partir del 2017, la cual ayude a atender con mayor efectividad a los pacientes que acuden diariamente al hospital y la implementación del sistema de clasificación de emergencias por colores CTAS.

Sumado a ello, a nivel nacional, se elaboraron lineamientos y se conformaron los equipos de trabajo para cada centro hospitalario con el fin de mejorar la gestión de las camas en los hospitales, así como el “Manual de Procedimientos de Alta Programada en la Red de Servicios Institucionales” (Presidencia de la República, 2018, párr. 19-20). Junto a la concientización a la población de lo que debe ser considerado una emergencia, se logra disminuir la congestión a niveles controlables, sin embargo, aún queda la duda de si estas medidas han sido acertadas para la realidad del HDRACG.

Asimismo, en el contexto operativo y logístico, en referencia a insumos, se encuentran evidencias de una investigación realizada por un periodista nacional, en la cual se expone el caso de la empresa Synthes – CCSS. En dicho estudio, se indica que una persona ajena al HDRACG llenaba las hojas para cobrar los insumos, y el hospital solo se encargaba de pagar al final lo que la empresa Synthes le indicara. Debido a la falta de firmas de los doctores encargados de las intervenciones quirúrgicas, la

Administración del hospital se vio envuelta en una situación crítica donde la transparencia y falta de un sistema de control claro, quedaron comprometidos.

El acontecimiento mencionado anteriormente no solo sucedió en ese hospital, sino también se vieron involucrados 25 hospitales administrados por la CCSS por un monto de más de 3480 millones de colones (Moya, 2014). Lo destacable aquí es que había dos empresas más en el registro de proveedores que podían brindar los implementos si se hubiera detectado a la brevedad.

Por otra parte, otro aspecto por considerar con respecto a la atención en los centros hospitalarios es la disponibilidad del personal, lo cual, al ser parte de la cadena logística, afecta directamente en el momento de brindar el servicio por motivo de paros, huelgas o manifestaciones; por lo tanto, se suspenden citas y cirugías o se brinda una atención tardía al usuario. En contexto, para el año 2021, entre los meses julio y agosto, se presentaron dos huelgas que afectaron los servicios de emergencias, cirugía, ropería, limpieza, entre otros, tal como se plasma en comunicados de la CCSS:

En el primer turno, entre las nueve y once de la mañana, se retiraron 38 colaboradores del Servicio de Limpieza para un **92.68% de afectación, quedando solamente 3 funcionarios para atender cualquier emergencia en los 7 pisos de la Torre**

Este (El destacado en negrita no forma parte el original)
(Bustamante, 2021, párr. 2).

Como consecuencia, las cirugías programadas se debieron posponer, los servicios de limpieza se detuvieron por más de dos horas y los funcionarios restantes contaron con recarga laboral, lo cual puso en riesgo la salud del personal, de los pacientes y de los visitantes.

De esta manera, la relación con la gestión de trámites administrativos y los aspectos operativos y logísticos basados, tanto en los informes finales de auditorías, como en las investigaciones sobre la gestión, además de afectaciones en la atención y en la contratación de bienes y servicios (ver anexo 3) conlleva a la administración a estar en constante revisión para buscar oportunidades que permitan reducir las fallas o los vacíos encontrados, tanto por la auditoría, como los identificados por los usuarios del hospital.

Con estas afirmaciones, no se pretende negar la autonomía de la CCSS o que el enfoque a los problemas en los hospitales centrales sea un tema prioritario. No obstante, considerando que se han realizado investigaciones ante las diversas situaciones y opiniones de los pacientes, es necesario determinar hasta dónde se ha descuidado el eje central del problema para plantear soluciones temporales o, por el contrario, demasiado generalizadas a la realidad de los centros de salud de Costa Rica y desarrollar una alternativa que potencie los recursos con los que ya se

cuenta para que el valor agregado sea palpable a cualquier usuario del servicio de salud.

Considerando los anteriores hallazgos, se plantean la pregunta de investigación y los objetivos por desarrollar.

1.4 Eje problematizador

Ante este contexto, se plantea la siguiente pregunta de investigación:

¿Cómo influye la planeación de operaciones y la logística en el Área de Emergencias del Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia sobre la calidad y eficiencia de la prestación de servicios?

Asimismo, se definen las interrogantes específicas del problema:

1. ¿Cuáles son los aspectos técnicos, legales, de planificación, control de operaciones y logística que inciden en la calidad y eficiencia del Área de Emergencias del Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia?
2. ¿Cuáles opciones de mejora en cuanto a calidad y eficiencia se pueden valorar en los servicios médicos del Área de Emergencias del Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia en contraste con lo establecido por la normativa técnica para los hospitales públicos?
3. ¿Cuáles estrategias se pueden determinar en la planeación de operaciones y la logística del Área de Emergencias para la

prestación de servicios eficientes y de calidad en el Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia?

1.5 Objetivos

1.5.1 Objetivo general

Analizar los aspectos logísticos y de planeación de operaciones en el Área de Emergencias del Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia que influyen en la calidad y eficiencia de la prestación de servicios.

1.5.2 Objetivos específicos

1. Diagnosticar los aspectos técnicos, legales, de planificación, control de operaciones y logística que inciden en la calidad y eficiencia del Área de Emergencias del Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia.
2. Valorar opciones de mejora en la calidad y eficiencia del Área de Emergencias en el Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia, en contraste con los criterios establecidos en la normativa técnica para los hospitales públicos.
3. Determinar estrategias en la planeación de operaciones y la logística del Área de Emergencias para la prestación de servicios eficientes y de calidad en el Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia.

Capítulo II: Métodos de trabajo

Para poder llevar a cabo el desarrollo del problema de investigación, se plantea el siguiente enfoque:

2.1 Enfoque metodológico

La presente investigación se desarrolla bajo un enfoque cualitativo. Al respecto, Hernández, Fernández y Baptista (2014) indican que “la acción indagatoria se mueve de manera dinámica en ambos sentidos: entre los hechos y su interpretación, y resulta un proceso más bien ‘circular’ en el que la secuencia no siempre es la misma, pues varía con cada estudio” (p. 7). Siendo el contexto salud un entorno sumamente dinámico e influenciado por las necesidades y los cambios en la población, es necesario intervenir de una manera más flexible en la recopilación de los datos, tomando los hechos como base y no como realidades invariables.

El proceso de indagación es más flexible y se mueve entre las respuestas y el desarrollo de la teoría. Su propósito consiste en “reconstruir” la realidad, tal como la observan los actores de un sistema social definido previamente. Es holístico, porque se precia de considerar el “todo” sin reducirlo al estudio de sus partes (Hernández, Fernández y Baptista, 2014, p. 9).

Al utilizar un enfoque cualitativo, se permite indagar en la percepción de las personas como una base importante para encontrar oportunidades de

mejora en procesos generalizados sin dejar de lado que existe una revisión inicial de las lecturas correspondientes al tema, permitiendo variar a lo largo de la investigación y complementarlo con nuevos textos o teorías. En este punto, se debe mencionar el virus SARS-CoV-2, mejor conocido como COVID-19, el cual, a nivel mundial, modificó la funcionalidad normal del sector salud, principalmente, por su rapidez de contagio, y que, en el momento de desarrollar esta investigación, se encuentra activo.

Con respecto a la recolección de datos, Sherman y Webb (1988), citados en Hernández, Fernández y Baptista (2014), indican que, en este tipo de investigación:

No [están] estandarizados ni predeterminados completamente. Tal recolección consiste en obtener la perspectivas y puntos de vista de los participantes (...) El investigador hace preguntas más abiertas, recaba datos expresados a través del lenguaje escrito, verbal y no verbal, así como visual, los cuales describe, analiza y convierte en temas que vincula, y reconoce sus tendencias personales. Debido a ello, la preocupación directa del investigador se concentra en las vivencias de los participantes tal como fueron (o son) sentidas y experimentadas (p. 8).

Por causa de la amplitud con la que se puede utilizar este enfoque, se procede a detallar el diseño bajo el cual se efectúa la investigación.

2.2 Diseño

En específico, se recurre a una investigación de estudio de caso cualitativo, debido a la versatilidad de este diseño en contraposición con la pregunta de investigación establecida con respecto a cómo influye, de manera que se abarque la investigación de una manera integral.

Madera, et al. (s.f.) indican que el estudio de caso “implica un entendimiento comprensivo, una descripción extensiva de la situación y el análisis de la situación en su conjunto, y dentro de su contexto (p.4).

Además, en relación con sus características, este tipo de investigación “es adecuado para investigar fenómenos en los que se busca dar respuesta a cómo y por qué no ocurren (...) permite estudiar los fenómenos desde múltiples perspectivas y no desde la influencia de una sola variable” (Madera, et al., s.f., p. 4).

Por este motivo se elige este enfoque, ya que “se busca que la teoría se utilice como un marco de referencia, no como una comprobación” (Madera, et al., s.f., p. 11), abarcando varias aristas del Área de Emergencias como los aspectos técnicos, legales, de planificación, control de operaciones y logística que pueden incidir en la calidad y eficiencia del Área de Emergencias del HDRACG, las cuales, al confrontarlas con las normas y directrices, puedan ampliar la visión ante la realidad administrativa y operativa enfrentada por las áreas de salud.

Con el fin de puntualizar los aspectos anteriormente mencionados, es de relevancia indicar el alcance y las delimitaciones bajo los que se enfoca el desarrollo del trabajo.

2.3 Alcances y delimitaciones

De acuerdo con lo anterior, se define el alcance de la investigación desde su finalidad como un estudio instrumental, en el cual Stake (citado en Madera, et al.) aduce que “se examinan para proveer de insumos de conocimiento a algún tema o problema de investigación” (p.6).

Para lo anterior, se plantea, como resultado final de la investigación, un plan de mejora continua que pueda ser utilizado como base para otras áreas adicionales a Emergencias.

Por otra parte, considerando los cambios del entorno que acompañan el analizar el sector salud, se establecen las siguientes delimitaciones (ver cuadro 3):

Cuadro 3 Delimitaciones de la investigación

Delimitación	Descripción
Delimitación temporal	El trabajo está fundamentado en datos de 2017 a 2019 y durante el 2020 que abarca un contexto previo y durante la pandemia por COVID-19.
Delimitación espacial	El desarrollo de la investigación se delimita al Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia, específicamente en el Área de Emergencias.
Delimitación teórica	Al ser un área tan amplia a nivel de servicios, se fundamenta el desarrollo del trabajo a nivel de planeación de operaciones y logística del Área de Emergencias.

Fuente: Elaboración propia de las investigadoras para efectos del presente trabajo investigativo

Considerando las delimitaciones expuestas, se procede a especificar la unidad de estudio, así como las categorías de análisis expuestas a lo largo de la investigación, bajo las que se fundamentan las conclusiones finales.

2.4 Unidad de estudio y categorías de análisis

Como unidad de estudio, se define el Área de Emergencias del Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia en los aspectos de planeación de operaciones y logística. Las características específicas de esta institución fueron ampliadas en el capítulo III denominado marco teórico en la conceptualización de salud.

Asimismo, para enfocar el desarrollo de la investigación, en el cuadro 4 se definen las categorías de análisis que especifican y delimitan los conceptos

por desarrollar en los próximos capítulos desde una definición conceptual, operacional e instrumental.

Cuadro 4 Categorías de análisis de investigación

Categoría de análisis	Definición conceptual	Definición Operacional	Definición instrumental
Planificación de operaciones y logística	"[E] movimiento de los bienes correctos en la cantidad adecuada hacia el lugar correcto en el momento apropiado" (Franklin, 2004, p. 32). A nivel jerárquico, según el organigrama del HDRACG (2014), la Dirección Administrativo - Financiera supervisa las subáreas relacionadas con logística y operaciones entendiendo dicho concepto como un criterio integral.	El Council of Logistics Management, citado en Ferrel, et al. (2004) define la logística como "la parte del proceso de la cadena de suministro que planifica, implementa y controla el eficiente y efectivo flujo (hacia arriba y hacia abajo), y almacenamiento de bienes, servicios e información entre el punto de origen y el de consumo con el objetivo de satisfacer las necesidades del consumidor" (p. 282).	Concepto utilizado dentro del plan estratégico de la CCSS como medición de acuerdo con el Ciclo PHVA, cumplimiento presupuestario anual según plan de metas del Área de Emergencias, aspectos de coordinación interdepartamental y utilización de los sistemas de control.
Calidad de la atención médica	"Grado en el que un conjunto de características inherentes cumple con los requisitos" (Norma ISO 9001, 2015).	Grado en el cual los servicios prestados a la población incrementan la probabilidad de alcanzar los resultados deseados con el menor riesgo posible y que son consistentes con el conocimiento profesional vigente y los avances tecnológicos, siendo éstos satisfactorios para los usuarios, tanto internos, como externos (MINSA, 2015, p. 65).	Aplicación de parámetros de la Norma ISO 9001 (2015) e INTECO, las normativa técnica y legal de la Caja Costarricense de Seguro Social, además de los indicadores operacionales del área.
Mejora continua	Proceso o estrategia que permite identificar y establecer los pasos necesarios para que el Área de Emergencias del HDRACG mantenga o alcance sus metas y objetivos de manera progresiva en relación con la prestación de servicios eficientes.	Aprendizajes y recomendaciones de acuerdo con las bases de la Administración Pública y los resultados obtenidos a lo largo de la investigación.	Propuesta de estrategias de intervención de acuerdo con las normas INTECO, ISO y parámetros del HDRACG, así como la identificación de retos, metas y objetivos para el Área de Emergencias con respecto a la gestión logística, que brinda la priorización de acciones de mejora, ligada a los factores críticos identificados.

Fuente: Elaboración propia de las investigadoras para efectos del presente trabajo investigativo

2.5 Técnicas e instrumentos de recolección de información

Las herramientas de recolección de información utilizadas en el desarrollo de esta investigación se dividen en 3 grandes grupos: primeramente, una revisión de antecedentes para esclarecer el entorno con el que el Área de Emergencias estuvo trabajando previo a la pandemia por COVID-19.

Segundo, la realización de un análisis administrativo para dar base a la funcionalidad del Servicio de Emergencias y especificar los posibles factores críticos que inciden en la calidad del servicio, para finalmente complementarlo con el uso de entrevistas a jefaturas y coordinadores que laboran en el HDRACG con el fin de aclarar los vacíos de operatividad no documentados; de esta manera, validar que las estrategias propuestas sean factibles en un mediano a largo plazo y adaptables a un entorno país.

A continuación, se detalla el uso de los instrumentos mencionados.

2.5.1 Revisión bibliográfica - antecedentes

Se realiza una revisión general a nivel de antecedentes del HDRACG con respecto al servicio brindado en el Área de Emergencias y servicios que le influyen. Con esta revisión, se determina cómo se ha trabajado previamente a la pandemia por COVID 19, cuáles han sido las dificultades presentadas y cómo se ha visto influenciada la calidad y eficiencia del servicio prestado. Este análisis tiene fecha límite hasta diciembre 2020, aproximadamente.

Se consultan medios digitales, periódicos nacionales, memorias institucionales de la Caja Costarricense de Seguro Social, criterios emitidos por auditoría externa y entes internacionales como la OCDE.

Los documentos de interés público, políticas y normativas que estén sujetas al servicio forman parte de los insumos teóricos que fundamentan los criterios de calidad y eficiencia para la prestación del servicio.

Con esta revisión, se aclara la diferenciación del entorno, ya que, durante el planteamiento de la investigación, no se contemplaba la limitación de información y los radicales cambios en el sector salud causados ante la llegada del virus SARS-Cov-2 en marzo del 2020 al país.

2.5.2 Análisis administrativo

Como se mencionó anteriormente, el problema de investigación responde a un “cómo”; para ello, es necesaria una revisión sistemática de diversos aspectos como: documentación relacionada con la logística y planeación de operaciones del Área de Emergencias, planes de contingencia, nuevos protocolos de atención implementados ante el COVID-19, principales cambios realizados a nivel operativo e información en relación con las directrices que aún se mantienen en vigencia, entre otros, los cuales están inmersos en la gestión de la CCSS y del Área de Emergencias del HDRACG.

Con el análisis administrativo realizado, se logra definir una “metodología de estudio de sistemas [que] involucra la serie de etapas que se deben desarrollar para conocer, analizar, proyectar e implementar un sistema administrativo” (Molina, 2016, p. 6).

A partir de esta metodología, se determina la línea logística y operativa actual, las brechas más grandes y los procesos relacionados con la operatividad del hospital en el Área de Emergencias.

Posterior a esto, los hallazgos detectados establecen una base más clara para la definición de factores críticos que dan como resultado un análisis de los riesgos presentes, y un plan de acción con estrategias enfocadas en aspectos de calidad y eficiencia para prestar el servicio de atención médica en el Área de Emergencias del HDRACG. De la misma manera, puede ser utilizado como base para investigaciones futuras a otros hospitales o centros de salud.

2.5.3 Entrevistas

Con el fin de complementar el análisis administrativo, se realizan entrevistas no estructuradas a superiores o coordinadores de procesos operativos y administrativos específicos del hospital con la finalidad de esclarecer vacíos bibliográficos, consultar procesos no documentados y brindar una mejor perspectiva del funcionamiento del servicio de manera interna, que especifique en detalle otros aspectos del proceso y oportunidades de mejora.

Las preguntas realizadas en las entrevistas pueden consultarse en el anexo 4.

Para aplicar las entrevistas mencionadas anteriormente, se detalla la población objetivo en la que se fundamenta la investigación.

2.6 Población objetivo

La población objetivo abarca a los funcionarios del Área de Emergencias del HDRACG, siendo el personal médico como doctores y enfermeros que también ejecutan labores administrativas. Conjuntamente, las personas externas al área que tengan algún tipo de interacción con la logística de emergencias del HDRACG, altos mandos (coordinadores y jefaturas), funcionarios de la contraloría de servicios, entre otros.

Es necesario aclarar que, aun con las limitantes de comunicación presentes durante la investigación, se realizaron entrevistas virtuales a las siguientes personas:

- Doctor Donald Corella Elizondo, director Área de Emergencias y médico, HDRACG.
- Doctora Carolina Jiménez Jiménez, jefa de cirujanos, HDRACG.
- María Delia Herrera Flores, profesional grado dos en Contraloría de Servicios, HDRACG.
- Adán Pérez González, auxiliar de quirófano, encargado de bodega, HDRACG.

Asimismo, de manera general, se realizaron consultas a:

- Colaboradores del Área Administrativa, HDRACG.
- Colaboradores del Área de Enfermería y atención a pacientes hospitalizados por COVID-19, HDRACG.
- Colaboradores del Área Médica, HDRACG.

Cabe destacar que, debido a las restricciones sanitarias implementadas ante la pandemia y dificultades para obtener acceso a la población usuaria del hospital, no se toma en cuenta a los pacientes (hombres o mujeres) que acudieron al servicio durante el periodo de investigación. No obstante, se incluyen, como insumo teórico, encuestas realizadas a pacientes en 2018 por parte de la Comisión de Análisis de los Servicios de Emergencias (CASEM).

2.7 Métodos y técnicas para el análisis de la información recolectada

Para la sistematización de la información obtenida, se procede a utilizar el método de análisis administrativo con el fin de ordenar y comparar los respectivos factores críticos conforme a la normativa técnica y a las teorías de logística y planeación de operaciones antes mencionadas.

Para el análisis de los datos, se utiliza, como principal técnica, la triangulación de los datos, la cual se define como la interrelación de los datos obtenidos con el fin de mantener la credibilidad y dependencia en la investigación cualitativa.

El desarrollo de este método se fundamenta en las técnicas de recolección de datos anteriormente descritas:

- Recolección de información teórica
- Análisis administrativo
- Entrevistas semiestructuradas a coordinadores y jefaturas

Durante el desarrollo de la metodología descrita, se presentó una serie de limitantes que influyeron en las conclusiones obtenidas, las cuales son mencionadas a continuación.

2.8 Limitantes de la investigación

El presente trabajo de investigación se desarrolla en medio de una pandemia que ha afectado al mundo no solo a nivel médico, sino también laboral, económico y social, y, por ende a Costa Rica, además de poner al sector salud a luchar para salvar vidas; sin embargo, su trabajo conlleva cuidar a pacientes, coordinar con administración el abastecimiento de medicamentos, equipos médicos, protección médica, digitación de datos al día, comunicación con los familiares de los afectados, por mencionar parte de las tareas diarias que se incrementaron significativamente en las olas pandémicas provocadas por COVID-19. Como resultado, el personal médico y administrativo mantuvo jornadas extraordinarias que impidieron la realización de reuniones (incluso en forma virtual) y la obtención de información, lo cual afectó el avance esperado.

En la misma línea, al ser un virus de fácil y rápido contagio, si no se utiliza el equipo de protección médica adecuado en las instalaciones hospitalarias,

la Gerencia Médica ordena, a nivel nacional, prohibir la permanencia en el lugar sin ser paciente. Por lo tanto, se imposibilita la recolección de evidencias físicas para validar la teoría con la práctica del Área de Emergencias del HDRACG. De la misma forma, no es posible obtener un mapeo de instalaciones o fotografías por la protección de la identidad de los usuarios.

Por último, la realización de la parte práctica depende de la aprobación del Comité de Bioética de la CCSS y una metodología de investigación y curso de Buenas Prácticas Clínicas avalados por el CONIS (Consejo Nacional de Investigación en Salud) por parte de las personas estudiantes y las personas tutoras. En consecuencia, se ve afectada la validación de la calidad del servicio por medio de encuestas y “focus group” para conocer la percepción de las personas usuarias y de las personas funcionarias.

De igual forma, se logró responder a los objetivos de la investigación, en primer lugar, con la recolección de sondeos previos realizados por instituciones públicas como la CGR, y segundo, con entrevistas realizadas a algunas personas funcionarias del hospital, esencialmente jefaturas; en ese sentido, los resultados se enfocaron meramente en la teoría y se estableció una estrategia integral que permita realizar un análisis teórico-práctico como futura investigación.

Nota: para evidencias pertinentes a las limitaciones, consulte apéndice: Informe para justificación de enfoque a la investigación.

Capítulo III: Marco teórico

A continuación, se presentan los conceptos fundamentales al desarrollo del trabajo. Para una consulta más puntual, puede consultar el anexo 5.

3.1 Conceptualización de salud

Se define *salud* como la capacidad que tienen los individuos de cubrir sus necesidades y de alcanzar sus aspiraciones, es decir, se relaciona con la posibilidad que tiene de hacer frente a su entorno (Organización Mundial de la Salud, 1984). La OMS también rescata que la salud abarca áreas de salud física, mental, social, intelectual y emocional, donde el individuo debe ser capaz de auto recuperarse. Tomando como referencia la definición brindada por la OMS y las características atribuidas a la salud, se le atribuye la complejidad e importancia de su abordaje.

A su vez, la Ley General de Salud N°5395, en el artículo 69, establece que:

Son establecimientos de atención médica, para los efectos legales y reglamentarios, aquellos que realicen actividades de promoción de la salud, prevención de enfermedades o presten atención general o especializada, en forma ambulatoria o interna, a las personas para su tratamiento y consecuente rehabilitación física o mental. Se incluyen, en esta consideración, las maternidades, las casas de reposo para convalecientes y ancianos, las clínicas de recuperación nutricional, los centros para la atención de

toxicómanos, alcohólicos o pacientes con trastornos de conducta y los consultorios profesionales particulares (2015).

3.1.1 Estratificación del sistema de salud

El Sistema Nacional de Salud en Costa Rica labora en conjunto con la CCSS, el CENDEISSS y la Universidad de Costa Rica. En las generalidades, especifica los conocimientos generales por saber para la gestión local de salud y estratifica los niveles de atención que posee la CCSS en tres niveles, de acuerdo con las necesidades del paciente.

3.1.1.1 EBAIS

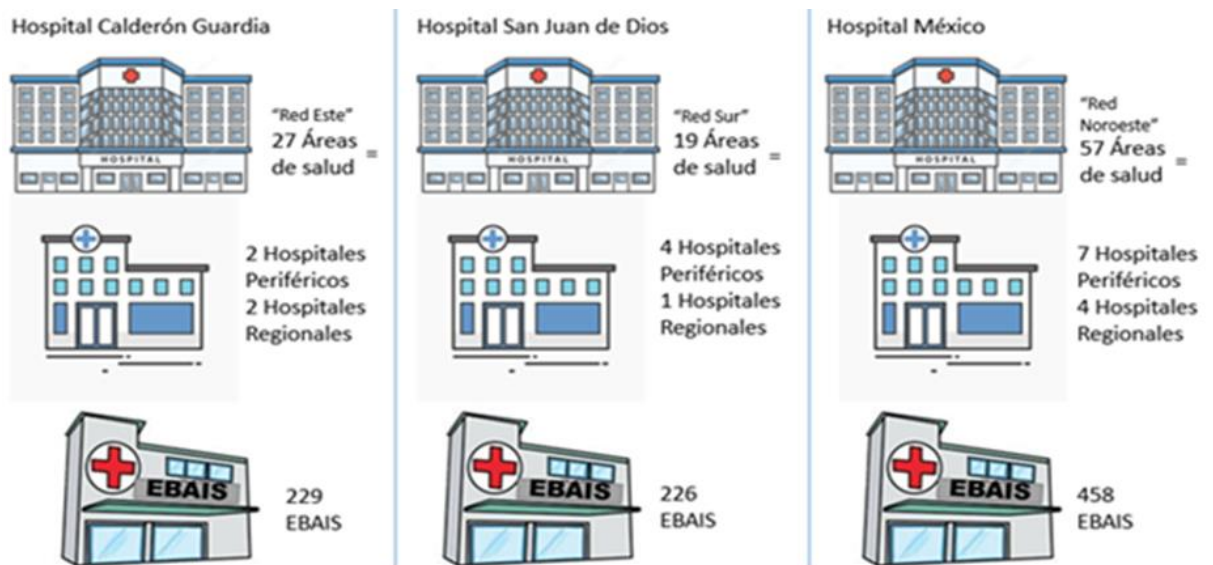
En primer lugar, se ubican los EBAIS como encargados de medicina general, en acciones como “promoción de la salud, prevención de la enfermedad, curación y rehabilitación de menor complejidad” (García, 2004, p. 26). Seguidamente, el segundo nivel aumenta su gama de atención, en la que Emergencias se encuentra como especialidad básica. Estos hospitales “brinda[n] apoyo al primer nivel de atención [EBAIS] y ofrece[n] intervenciones ambulatorias y hospitalarias por especialidades básicas y algunas subespecialidades” (García, 2004, p. 26). En el tercer nivel, se encuentran los hospitales nacionales -para el caso en estudio- que “proveen servicios ambulatorios y de hospitalización más complejos en las especialidades y subespecialidades del segundo nivel de atención y en todas las demás subespecialidades” (García, 2004, p. 27).

3.1.1.2 Hospitales

Por otra parte, el Reglamento General de Hospitales Nacionales 1743-SPPS define el concepto de hospital como “el establecimiento destinado a realizar todas o algunas actividades de recuperación, rehabilitación, fomento y protección de la salud, mediante atención cerrada o ambulatoria” (artículo 3, 1971, p. 1).

En ese sentido, se toman como referencia las redes de hospitales más grandes a nivel país, los cuales se encuentran constituidos de la siguiente manera, de acuerdo con la Memoria Institucional de la CCSS (2014): “Red Este: comprende 27 áreas de salud, 19 de la Región Central Sur y todas las de la Huetar Atlántica. **Incluye 229 EBAIS conformados, dos hospitales periféricos y dos regionales. Su hospital nacional general es el Calderón Guardia**” (El destacado en negrita no forma parte del original) (p.15); la Red Sur que “abarca 19 áreas de salud, 13 de la Región Central Sur y todas las de la Brunca. Incluye 226 EBAIS conformados, cuatro hospitales periféricos y uno regional. Su hospital nacional general es el San Juan de Dios” (p.15) y la Red Noroeste que “incluye 57 áreas de salud, todas las de la Región Central Norte, Chorotega, Pacífico Central y Huetar Norte. Incluye 458 EBAIS conformados, siete hospitales periféricos y cuatro regionales. Su hospital nacional general es el México” (p. 16). Esto se puede apreciar en la figura 3.

Figura 3 Distribución de los hospitales nacionales



Fuente: Elaboración propia de las investigadoras con base en datos de CCSS, 2014

Debido a que el objeto de estudio de esta investigación es el HDRACG, éste se cataloga como un centro hospitalario especializado, ubicado en el III nivel de atención, conforme a la CCSS, por su grado de especialización en la atención a poblaciones de distintas partes del país. Parte de esta red la conforman las siguientes áreas de salud: Catedral Noreste, Montes de Oca, Curridabat, Moravia, Coronado, El Guarco, La Unión, Los Santos, Limón, Matina, Siquirres, Talamanca, Valle La Estrella, Guápiles, Guácimo y Cariari.

Asimismo, si la emergencia trasciende los servicios brindados por los siguientes hospitales o áreas de salud: Goicoechea 2 (Clínica Jiménez Núñez), Zapote-Catedral (Clínica Carlos Durán); Hospital Max Peralta

Jiménez, Hospital William Allen, Hospital Tony Facio Castro, Hospital Guápiles.

Cuadro 5 Generalidades del HDRACG

Generalidades del HDRACG	
Nombre completo	Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia
Ubicación	Avenidas 7 y 9, calles 15 y 17, barrio Aranjuez, San José
Fecha de creación	1943, sin embargo, la apertura del hospital se da el 1 de noviembre de 1944.
Horario de atención	24 horas, 365 días
Población adscrita	1.500.000 personas, aproximadamente
Director general (2019)	Taciano Lemos Pires
Promedio de atención mensual en emergencias	9.945 personas
Capacidad en emergencias	43 espacios para camas, camillas y pacientes en observación
Presupuesto CCSS (Oficio N.º 9450, 2018)	¢4,147,252,230.8 millones representa un 14,8% del total del presupuesto del sector público para el año 2019 y un 11,1% del PIB.
Presupuesto HDRACG	No se designa un presupuesto específico por hospital, sino por programa siendo el Seguro de Salud (SEM) ¢2.641.801 millones (63,7%), al seguro de pensiones o Régimen de Invalidez Vejez y Muerte (IVM) ¢1.352.490 millones (32,6%) y al Régimen No Contributivo de Pensiones ¢152.961 millones (3,7%).

Fuente: Elaboración propia de las investigadoras con base en datos de la CCSS y de la CGR, 2019

3.1.1.3 Servicio de emergencias

El servicio de emergencias tratado en la presente investigación se define como “aquellos que presten atención permanente e impostergable durante las 24 horas del día y en los cuales se encuentre por lo menos un profesional disponible” (artículo 60, 1971, p. 33). A su vez, “deberá constituir una unidad funcional técnico-administrativa coordinada e integrada con los demás servicios del establecimiento” (artículo 61, p. 33).

Para emergencias, se deben seguir ciertos protocolos a la hora de dar la atención médica a los pacientes. En primer lugar, el paciente acude al Área de Emergencias del hospital que le corresponde por zona geográfica, espera a ser llamado a la sala de clasificación para tomar los datos básicos del paciente y obtener código verde, amarillo, rojo o azul -de acuerdo con el grado de urgencia ascendente-, esperar el turno en la sala de atención y que el médico indique su diagnóstico, más el procedimiento que se debe realizar, ya sea toma de exámenes de laboratorio, placas, ultrasonidos, entre otros; con el fin de indicar el tratamiento debido (o en caso más grave internar al paciente para cirugía). Si está apto para darle la salida, se recogen medicamentos en farmacia y termina el proceso.

Este proceso conlleva en sí mismo una perspectiva operativa y logística, la cual se expone a continuación.

3.2 Conceptualización de logística y operaciones

3.2.1 Logística

El Council of Logistics Management define la *logística* como “la parte del proceso de la cadena de suministro que planifica implementa y controla el eficiente y efectivo flujo (hacia arriba y hacia abajo), y almacenamiento de bienes, servicios e información entre el punto de origen y el de consumo con el objetivo de satisfacer las necesidades del consumidor” (Ferrel et, al., 2004, p. 282). En el caso del sistema hospitalario nacional, la gestión logística debe ser integral y eficiente, en tanto las distintas áreas del centro médico cuenten con los insumos necesarios para brindar una atención médica satisfactoria.

3.2.2 Planeación de operaciones

Al definir la *planeación de operaciones*, de manera general, se entiende como un conjunto de actividades previamente definidas que permiten que un servicio se brinde adecuadamente; dichas actividades pueden verse materializadas en lo que se conoce como *cadena de suministro*, la cual, conforme a la norma BASC, se define como un “conjunto relacionado de recursos y procesos que comienza con el suministro de materias primas y se extiende hasta la entrega de productos o servicios al usuario final, incluyendo los actores de la cadena que se encuentren entre ellos” (BASC, V. 5, 2017).

Al ser los hospitales espacios que requieren de un orden y control estricto en el momento de brindar atención a miles de personas al día, es necesario que el accionar diario sea guiado por procesos, los cuales se pueden trazar como una cadena de abastecimiento o suministros.

3.2.2.1 Cadena de abastecimiento

Castillo (2014, p. 91) explica la función de la cadena de abastecimiento en este proceso, la cual abarca actividades como:

- Flujo de materiales (por medio de CompraRed en gran mayoría)
- Logística de carga o transporte (marítima, terrestre o aérea)
- Almacenamiento de los bienes (Centros de distribución o bodegas de cada hospital, disponibles para un mes de almacenamiento; y una semana para sueros)
- Flujo de dinero e información (relación de compras contra partidas presupuestarias)

Bowersox, et al. (2007) indican que “tres facetas importantes de la lógica de la cadena de suministro dieron como resultado una mayor atención en la administración integral: 1) la colaboración, 2) la extensión de la empresa, y 3) los proveedores de servicios integrados” (p. 7).

Para determinar mejor las facetas antes citadas, se enfatiza en la necesidad de mantener una adecuada gestión de la logística a nivel central

de la CCSS, así como de los centros hospitalarios y áreas de salud. Lo anterior conlleva una lógica: a mayor control en las cadenas de abastecimiento, mayor eficiencia en las finanzas, menor compra excesiva de insumos, y menores posibilidades de escasez.

Bowerson, et al. (2007, p. 133) indican que se debe mantener una política de administración del inventario, basados en los objetivos de la planta, y de la frecuencia con la que se adquieren los insumos; de esta manera, al planificar el consumo de éstos, se abastece de nuevo inventario en el momento cuando llega al mínimo, brindándole, a la planta (el hospital en el caso del presente trabajo de investigación), seguridad y disponibilidad de producto.

3.2.3 Proceso administrativo

De acuerdo con lo anterior, es menester conocer el concepto de proceso administrativo para llevar a cabo una gestión de la *logística integral*, la cual se define como “funciones que los administradores deben llevar a cabo para cumplir con sus responsabilidades dentro de la empresa y consisten básicamente en planear, organizar, dirigir o coordinar y controlar” (Varela y León, 2010, p. 465).

Al ser un proceso, se deben conocer las funciones realizadas en la gestión administrativa las cuales, para Ayala, son las siguientes:

Planificación administrativa, la planificación comprende en la práctica desde el nivel de ideas, pasando por el diseño de objetivos, metas, estrategias, políticas y programas, hasta los procedimientos.

Organizar, implica la implementación de una estructura de funciones, vía la determinación de las actividades requeridas para alcanzar las metas de una empresa y de cada una de sus partes.

Ejecución, la ejecución significa realizar las actividades establecidas en el plan, bajo la dirección de una autoridad suprema, consiste también en orientar y conducir al grupo humano hacia el logro de sus objetivos. **Control**, sirve para medir el desempeño en relación con las metas, detecta las desviaciones negativas y plantea las correcciones correspondientes en perspectiva de cumplir con los planes; en síntesis, se trata de una comprobación o verificación de los resultados, contrastados con lo que se planeó [sic] previamente.

(El destacado en negrita no pertenece al original) (Ayala, 2006).

A este punto, se le agregan los elementos clave para contar con un sistema administrativo que responda a las demandas y necesidades de la población, entre ellas, que la organización se constituya como una estructura administrativa adecuada y que labore bajo los principios de la eficiencia, productividad, seguridad y atención a tiempo. Estos aspectos contemplados en Molina (2016, pp. 1-3) se relacionan directamente con la logística en cuanto al abastecimiento y despacho de insumos, que el mismo

esté disponible para el cliente en la calidad, tiempo y condiciones requeridas.

Para los hospitales nacionales, los directores de éstos se responsabilizan de verificar que las labores se realicen de manera adecuada conforme al Reglamento General de Hospitales Nacionales No.1743-SPPS, por ende, deben:

b) Velar porque se cumplan, adecuadamente, las disposiciones reglamentarias que rigen en cuanto a licencias, permisos y medidas disciplinarias para el personal.

c) Velar por la correcta elaboración, manejo y archivo de las historias clínicas y porque no se vulnere su secreto.

d) Velar porque exista adecuada distribución del trabajo dentro del hospital según lo requieran las necesidades del establecimiento y de los enfermos.

e) Velar porque las condiciones de saneamiento, higiene, orden y limpieza de cada dependencia del hospital satisfagan las exigencias en esta materia y porque el personal cumpla las disposiciones establecidas en cuanto a hábitos higiénicos.

f) Intervenir en la calificación del personal, de conformidad con la reglamentación vigente (...)

g) Velar porque en el trámite de las compras del establecimiento se cumplan estrictamente las disposiciones legales y reglamentarias vigentes.

3) En el orden económico y financiero:

a) Participar activamente en la elaboración del proyecto de presupuesto ordinario del establecimiento y presentarlo al Organismo Directivo para su consideración y aprobación (...)

b) Cuidar de la correcta inversión de los diferentes rubros presupuestarios (Artículo 18, 1971, pp. 15-16).

Considerando que los aspectos logísticos y operativos de las áreas de un hospital, sobre todo en Emergencias, conllevan en sí mismos un proceso administrativo, donde, a su vez, al ser un sector especializado, requiere que otras unidades del hospital atiendan las necesidades de la población de manera conjunta, buscando el trabajo articulado y en equipo.

Para identificar el cumplimiento de los aspectos anteriores, es menester destacar, como conceptos importantes, la calidad y mejora continua con el fin de articular el proceso de atención médica hacia la búsqueda de un servicio de valor, para lo cual se procede a desarrollar estos conceptos.

3.3 Conceptualización de calidad

Como principal base para la investigación en el contexto institucional estudiado, se resalta el concepto de *calidad* que, de acuerdo con ISO Tools, establece que:

El concepto de calidad ha ido evolucionando y experimentado un profundo cambio hasta llegar a lo que hoy conocemos por «calidad total», también denominada «excelencia». Si ponemos en marcha una visión retrospectiva, podemos constatar que el concepto de calidad se ha ido ampliando progresivamente con el paso del tiempo. [...] Poco a poco, se fue dirigiendo hacia los clientes, hasta llegar a la actualidad (párrs. 1-2).

Ante lo anteriormente citado, si se contextualiza el concepto de calidad en un hospital o un área específica como lo es Emergencias, se puede esperar que ésta dependa de la percepción de los usuarios, considerando que dichos servicios están por las personas. Por ello, es importante mencionar “la satisfacción del cliente, ya que es justamente ésta la que potencia la mejora en los servicios que, tanto empresas grandes, como pequeñas pretenden dar a sus clientes” (Carvajal, 2012, p. 24).

3.3.1 Satisfacción del cliente

Miyahira menciona que, para medir la satisfacción del cliente desde su perspectiva:

Intervienen fundamentalmente dos factores: la expectativa y la experiencia. La diferencia entre ambas nos da como resultado el grado de satisfacción o de insatisfacción del usuario. Pero, en ambos factores, influyen los valores que tenga el cliente. En este sentido, es diferente el grado de satisfacción de un cliente que acude al hospital por primera vez que el de un paciente que acude al hospital en forma continua” (2001, p. 76).

En contraposición, cuando se habla de calidad como un aspecto tangible, dejando de lado la percepción del usuario, Zavala y Medellín (s.f.) establecen que:

La teoría es el punto de partida y la práctica es el punto de llegada, es decir, la consecuencia del resultado de saber aplicar una causa para así obtener un efecto. No digo que esto sea fácil, pero si se entiende lo básico, lo demás es más fácil y lo complejo se vuelve simple. [...]La calidad es un principio filosófico, es decir, nos proporciona la generosa y noble oportunidad de ser mejores, de una mejora continua, y de llegar a ser lo que realmente somos (p. 2).

Otra forma de definir la calidad se encuentra en lo explicado por Garro y González (s.f.), quienes citan a varios autores en lo que ellos establecen como calidad al mencionar que es:

- Un grado predecible de uniformidad y dependencia a un bajo costo y de acuerdo con el mercado (Deming).
- Adecuado a su uso (Juran).
- La mínima pérdida provocada por el producto a la sociedad desde que se envía el mismo (Taguchi).
- Una manera de gestionar la organización (Feigembaun).
- Corregir y prevenir fallas. No convivir con ellas (Hoshin).
- Adecuación a los requerimientos. Concordancia con los requisitos (Crosby).
- Hallar los requerimientos del cliente, los formales e informales al menor costo, a la primera y siempre (Flood) (p. 2).

En contexto, se revisa el concepto de *calidad de atención* definido por la CCSS, en el documento “Política Institucional de Calidad y Seguridad del Paciente, la cual complementa a la Política Institucional de Seguridad Hospitalaria aprobada en agosto de 2006 por la Junta Directiva de la CCSS” (Política Institucional de Calidad y Seguridad del Paciente, 2007, p. 4) como:

El conjunto de intervenciones basadas en la evidencia científica, destinadas a promover la salud, prevenir la enfermedad, diagnosticar la patología, tratar al enfermo y rehabilitar al discapacitado, que se realizan con oportunidad y con el mínimo de riesgo para los pacientes.

Es necesario detallar que este concepto abarca meramente el tema de salud y bienestar físico, dejando de lado otros factores que pueden afectar la calidad de la atención. Por ello, ampliando el tema, es necesario entender de dónde surge la idea de implementarlo.

3.3.2 Normas y estándares de calidad

En alusión a la conceptualización y estandarización de calidad, se establece como referencia la posibilidad de utilizar las normas, entre ellas la ISO 9001:2015, la cual es definida por Organización Internacional de la Normalización (2018) como una norma “(...) que se aplica a los sistemas de gestión de calidad de organizaciones públicas y privadas, independientemente de su tamaño o actividad empresarial.” (párr.1) Estas

normas funcionan como un referente firme en temas de calidad, por lo tanto, realizar esfuerzos por obtener la certificación determina el uso de buenas prácticas para optimizar el desempeño del área donde se implementa.

La segunda norma mencionada para la medición del desempeño es la Norma ISO: 9004:2018, pues “ofrece diferentes pautas para mejorar la capacidad de una empresa en conseguir el éxito de forma sostenida.” (ISO, 2018, párr. 1). También es una herramienta que valora diferentes puntos claves que, de modificarse, podrían percibirse en el servicio prestado por Emergencias. Debido a lo anterior, el uso de esta norma, como referencia, puede generar un impacto sustancial en la experiencia de las personas usuarias que reciben el servicio.

Como última referencia en lo referente a medición y estandarización, se propone el uso del BASC V5, la cual fue lanzada por una alianza empresarial internacional (Business Alliance for Secure Commerce). BASC V5 se basa en “establecer, documentar, implementar, mantener y mejorar el sistema de gestión en control y seguridad” (2017, p.4). Esta norma también toma en cuenta aspectos como la valoración de riesgos, la cual forma parte importante de la investigación. Por esta razón, se determina que esta norma podría agregar valor a la medición de los resultados del hospital.

Uno de los primeros pasos que se consideran para integrar y aplicar estos conceptos es determinar cuáles son las principales bases que posee la

organización, su fin último. Desde el Área de Emergencias del HDRACG, el concepto se centra en brindar un servicio pertinente, eficiente y apropiado al usuario de acuerdo con las necesidades presentes (CCSS, 2016).

Finalmente, para lograr que un proceso administrativo se adapte a las necesidades de los usuarios y a los recursos de la institución, tomando como hecho relevante lo cambiante del entorno y los riesgos en los que se pueda incurrir, es necesario considerar el concepto de *mejora continua*.

3.4 Conceptualización de mejora continua

La revisión teórica y conceptual de lo que conlleva realizar un proceso de mejora continua, sobre todo contextualizando el entorno de salud, aun cuando Costa Rica es considerada con un alto nivel de calidad en este servicio de acuerdo con la OCDE, evidencia que hay nuevos aspectos por considerar y adaptar para los próximos años como base para realizar cambios a nivel organizacional cuando se requieran.

3.4.1 Ciclo PHVA

Asimismo, con el fin de articular la planificación de su accionar en las instituciones, se utiliza el ciclo PDCA (Plan, Do, Check, Act, por sus siglas en inglés) o PHVA (Planificar, Hacer, Verificar, Actuar, por sus siglas en español), también es conocido como ciclo de mejora continua o círculo de Deming. Jorge Jimeno Bernal del Grupo PDCA Home afirma que

Esta metodología describe los cuatro pasos esenciales que se deben llevar a cabo en forma sistemática para lograr la mejora continua, entendiendo como tal el mejoramiento continuado de la calidad (disminución de fallos, aumento de la eficacia y eficiencia, solución de problemas, previsión y eliminación de riesgos potenciales...). El círculo de Deming lo componen 4 etapas cíclicas, de forma que, una vez acabada la etapa final, se debe volver a la primera y repetir el ciclo de nuevo, de forma que las actividades son reevaluadas periódicamente para incorporar nuevas mejoras (Jimeno, 2013).

También este mismo autor menciona la explicación de las etapas del ciclo de PHVA:

1. Planificar (*Plan*): se buscan las actividades susceptibles de mejora y se establecen los objetivos por alcanzar. Para buscar posibles mejoras, se pueden realizar grupos de trabajo, escuchar las opiniones de los trabajadores, buscar nuevas tecnologías mejores a las que se están usando ahora, etc. 2. Hacer (*Do*): se realizan los cambios para implantar la mejora propuesta. Generalmente, conviene hacer una prueba piloto para probar el funcionamiento antes de realizar los cambios a gran escala. 3. Controlar o verificar (*Check*): una vez implantada la mejora, se deja un periodo de prueba para verificar su correcto funcionamiento. Si la mejora no cumple las expectativas iniciales, habrá que modificarla para ajustarla a los

objetivos esperados. 4. Actuar (*Act*): por último, una vez finalizado el periodo de prueba, se deben estudiar los resultados y compararlos con el funcionamiento de las actividades antes de haber sido implantada la mejora. Si los resultados son satisfactorios, se implantará la mejora en forma definitiva, y si no lo son, habrá que decidir si realizar cambios para ajustar los resultados o si desecharla. Una vez terminado el paso 4, se debe volver al primer paso periódicamente para estudiar nuevas mejoras por implantar (Jimeno, 2013).

Este modelo se enfoca en el proceso y en los resultados, es más operativo, pero fácil de implementar en momento de medir un servicio en el tema de la calidad y eficiencia. Como resultado, estas herramientas “ayudan a seleccionar las áreas de mejora que se deben intervenir con base en las de mayor prioridad para la organización, atendiendo a los criterios que se seleccionen” [Factores críticos] (Guía para la elaboración e implementación del plan de mejora institucional, 2014, p. 1).

Como fin último de aplicar las fases de este modelo, se encuentra:

El desarrollo de planes de acción que permitan establecer la prioridad de las actividades y optimizar el tiempo a fin de establecer duraciones, fechas finales y responsables a cada actividad, [...] que permita agilizar el proceso de consolidación y entrega de

información a entidades externas y/o internas (Echeverry, 2012, p. 72).

En el HDRACG y en el Área de Emergencias, Carvajal (2012) menciona que es necesario “establecer un proceso de mejoramiento continuo de la calidad de los servicios, mediante la creación de una comisión de autoevaluación que se encargue de desarrollar un proceso permanente de verificación y ejecución de un plan de mejoramiento” (p. 93) Tomando en cuenta que el proceso de mejora continua se lleva a cabo por medio de diferentes herramientas, se procede a profundizar en éstas.

3.4.2 Herramientas de diagnóstico

Para su debida evaluación, se necesita “una valoración, un análisis sistemático y objetivo de un conjunto de criterios de valor que permiten emitir juicios y/o medir algo”, tal como lo indica MIDEPLAN (2012, p.10). Herramientas como los diagramas de causa-efecto permiten visualizar las aristas del problema sin juicios de valor, así como sus causas desde una perspectiva gráfica. Entre ellas, el diagrama de Ishikawa (o espina de pescado), se conforma por una lluvia de ideas, catalogadas por causa y sus respectivas subclases. De tal forma, se plantean las estrategias y soluciones para que cada una de ellas se comience a intervenir y se reduzcan los riesgos.

Dentro del plan de mejora continua contemplado dentro de la propuesta, se sugiere para la profundización de los datos el *Journey Map*, la cual es una

herramienta que se utiliza dentro del *Design Thinking*, que permite la alineación interna y externa de las personas que se relacionan con el proceso y ayuda a definir la experiencia de los usuarios que utilizan el mismo (Colombo, 2019, párr.2) Para poder implementar el *Journey Map*, es necesario tomar en cuenta los siguientes aspectos: el usuario que utiliza el servicio, las etapas del servicio, las necesidades reales del usuario, los puntos de contacto y los momentos claves o críticos del proceso.

De igual manera, es importante conocer el *Empathy Map*, pues representa otro de los componentes que se encuentran dentro de la propuesta, la cual sirve como complemento a la herramienta anterior. El *Empathy Map* tiene como finalidad, según Melara (2017), “crear un grado de empatía con nuestro cliente específico, conociendo su medio ambiente, en otras palabras, mirar el mundo a través de sus ojos” (párr.5). Debido a su finalidad, es idóneo para comprobar la calidad del servicio, el cual se percibe por los usuarios del hospital.

Sin embargo, no basta con conocer y aplicar herramientas innovadoras a las nuevas propuestas de gestión, sino que es importante dominar el entorno donde se piensan aplicar estas estrategias, por lo tanto, en el momento de su ejecución, es preciso que se anteceda por una adecuada triangulación de datos que permita familiarizarse con el entorno. Por ende, el análisis administrativo juega un rol muy importante a lo largo de la investigación.

3.5 Conceptualización de análisis administrativo

Dentro de la metodología de la investigación, se emplea, como recurso valioso, el *análisis administrativo*, el cual, según CIESS (2015), se define como el “proceso de acercamiento gradual al conocimiento analítico de un hecho o problema administrativo que permite destacar los elementos más significativos de una alteración en el desarrollo de las actividades de una institución”.

En paralelo, Palacios, citado en Esquivel (2003), define el *análisis administrativo* como:

El método de investigación científica aplicado a la administración y basado en los métodos cuantitativos, las ciencias del comportamiento humano y el enfoque de sistemas, que consiste en dividir o separar las partes constitutivas de una situación o problema administrativo y su estudio, hasta llegar al conocimiento de los principios o elementos (naturaleza, causas y manifestaciones), con el propósito de realizar una evaluación, inicialmente y de proceder a un cambio organizativo, si es del caso (p. lx).

Es decir, responde a los pasos necesarios para entender el objeto desde una óptica de gestión. Dentro de este proceso, aparecen los factores más importantes dentro de la investigación y permiten transformar los datos obtenidos en información de utilidad. Para efectos de la presente

investigación, ésta es fundamental para el proceso del análisis de resultados y la construcción de las conclusiones. A continuación, se habla de algunas estructuras eficientes que permiten desarrollar el análisis administrativo y obtener información valiosa del mismo.

3.5.1 Diseño de estructuras eficientes

Puntualmente, al profundizar en el análisis administrativo, es necesaria la guía a partir de la teoría administrativa. Para el caso de esta investigación, se optó por utilizar, como referente principal, las propuestas de diseño de estructuras eficientes de H. Mintzberg, donde se expone que *“los elementos de estructura deben ser seleccionados para lograr una consistencia interna o armonía, tanto como una consistencia básica con la situación de la organización - su dimensión, su antigüedad, el tipo de ambiente en que funciona, los sistemas técnicos que usa, etcétera”* (Mintzberg, 1991, p.6). Asimismo, se entienden los procesos en una estructura de 5 partes (p. 11), cuales serán explicadas como parte del capítulo V de la presente investigación. Seguidamente, se presenta la conceptualización de los actores claves que tienen relación con el objeto de estudio.

3.6 Conceptualización de actores

Para llevar a cabo un plan de mejora continua integral, es necesario considerar a los actores que tienen injerencia en el proceso, en este caso, la atención médica.

3.6.1 Personal médico

Primeramente, se necesita personal capacitado que cumpla a cabalidad la labor en cuanto a la parte médica. En este aspecto, de acuerdo con Normativa de Requisitos para la Inscripción como Médicos y Cirujanos de la República de Costa Rica (2016), se menciona que está capacitada para ejercer toda persona incorporada al Colegio de Médicos y Cirujanos que cumpla con los requisitos de

1. Haber cursado la carrera médica en una universidad reconocida legalmente en Costa Rica o en el extranjero.
2. Conclusión del Servicio Social Obligatorio.
3. Curso de Ética y Responsabilidad Profesional del Médico.
4. Certificaciones y oficios del colegio.

El Reglamento General de Hospitales Nacionales N°1743-SPPS (1971) indica las funciones que posee cada funcionario de estos centros médicos, desde el director del hospital, hasta los médicos asistentes en referencia a las acciones realizadas en cualquier departamento donde laboran.

3.6.2 Personal administrativo

Por otro lado, en la parte administrativa, se deben cumplir los lineamientos ofrecidos por la Dirección General de Servicio Civil y pasar por el proceso de reclutamiento de Recursos Humanos de la CCSS, además de que la persona se adapte a lo establecido por los manuales de puestos. Cabe

destacar que, en el HDRACG, a nivel médico, también se ejercen las funciones de administración en paralelo a la atención médica.

En esta misma línea, se presentan los proveedores de recursos de los centros hospitalarios públicos, los cuales corresponden a cualquier persona, física o jurídica, que sea contratada y cumpla con los requerimientos mínimos por ley, así como los detalles en el cartel de la organización solicitante. En el proceso contractual por seguir, serán utilizadas las figuras de licitación pública, licitación directa o contratación directa, las cuales son las más comunes, para proveer a los hospitales de recursos materiales, médicos, administrativos, entre otros, basados en la Ley de Contratación Administrativa y su Reglamento.

3.6.3 Beneficiarios

Finalmente, como actor fundamental, se destacan los beneficiarios de los servicios médicos. Según la Real Academia Española, se define este concepto del siguiente modo: “Dicho de una persona que resulta favorecida por algo. Dicho de una persona que recibe una prestación. Un beneficiario de la seguridad social”.

El presente estudio comprende que los beneficiarios son todos los ciudadanos residentes en Costa Rica (tanto nacionales, como extranjeros) que poseen el seguro médico emitido por la CCSS, e inclusive las personas que no lo tengan serán atendidas con las condiciones de pago correspondientes al servicio recibido.

En aras de respetar el debido proceso establecido en el país que involucra a cada uno de los actores mencionados, se debe referenciar el marco legal que influye directamente en la prestación de servicios de salud, tanto públicos, como privados. Finalmente, se considera valioso conocer la normativa que tiene influencia sobre el tema de la investigación.

3.7 Matriz de mandatos

Para el correcto manejo de las instituciones pertinentes en la materia, existe un marco normativo que brinda las pautas por seguir. En esta sección, se mencionan las leyes generales, que influyen y guían directamente en el área de salud, y las complementarias, que si bien están relacionadas con el accionar de los funcionarios médicos y ciudadanos, se mantienen en un segundo plano (ver cuadro 6).

Este marco funge como referencia para investigaciones relacionadas con el tema de administración de salud; sin embargo, para el presente trabajo, se analizan, a profundidad, los artículos que influyen en la calidad de la prestación de servicios, descritos más adelante en el capítulo IV referente a los aspectos legales.

Cuadro 6 Principal legislación vigente para la CCSS

Principal legislación vigente para la CCSS	
Generales	Complementarios
Leyes	
Legislación internacional Constitución Política de la República de Costa Rica	Ley No. 7600 Ley de igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad
Ley No. 17 Ley Constitutiva de la CCSS	Ley No. 7739 Código de la Niñez y la Adolescencia
Ley No. 5395 Ley General de Salud	Ley No. 7852 Desconcentración de los Hospitales y Clínicas de la CCSS
Ley No. 6220 Ley de Administración Pública	Ley No. 7935 Ley integral para la persona adulta mayor
Ley No. 7494 Ley de Contratación Administrativa y su Reglamento	Ley No. 8220 Ley de protección al ciudadano del exceso de requisitos y trámites administrativos
Ley No. 8131 Ley de Administración Financiera y Presupuestos Públicos	Ley No. 8239 Ley de derechos y deberes de las personas usuarias de los servicios de salud públicos y privados
Reglamentos	
Reglamento General de Hospitales Nacionales No. 1743-SPPS	Reglamento para el registro, clasificación, importación y control de equipo y material biomédico No. 34882-S
Reglamento de Atención Prehospitalaria de Pacientes No. 32616-S	Reglamento del Sistema Mixto de Atención en Salud
Reglamento Interior de Trabajo de la CCSS	

Fuente: Elaboración propia de las investigadoras para efectos del presente trabajo investigativo

Este capítulo pretende abordar las conceptualizaciones más relevantes para la comprensión acertada de la investigación. En dicho capítulo, se abordan las definiciones de las principales variables, de temas relacionados con la metodología y el procesamiento de la información, de las propuestas de mejora para la gestión, así como de los actores y el marco legal.

Se considera que, al definirse estos parámetros de comprensión, se le facilita al lector establecer una línea precisa del proceso investigativo y su relación con los hallazgos encontrados. Por otra parte, genera un dominio del tema y hace posible un mayor acercamiento de las interacciones con objeto de estudio desarrolladas en los siguientes capítulos.

Capítulo IV: Características generales del Área de Emergencias del HDRACG

4.1 Contextualización al Área de Emergencias (HDRACG)

Para abril del 2017, se publicó el primer informe de la CASEM llamado “Informe técnico para el fortalecimiento de la atención de emergencias en la CCSS-2017”, en el cual se hace un diagnóstico general a los servicios de atención de emergencias y urgencias en 40 centros de salud a nivel país. En el informe, se destacan oportunidades de mejora en temas como estandarización de procesos, acato de directrices, deficiencia en jefaturas, falta de planificación en lo referente a medición y proyección estadística, seguridad, falta de datos en tema de recursos con los que se cuenta en los Servicios de Emergencias, entre otros. No obstante, al ser un estudio generalizado, los resultados obtenidos son dependientes de un comparativo nacional.

Es importante destacar que el doctor Donald Corella Elizondo, actual jefe de Emergencias del HDRACG, formó parte de los doctores encargados de llevar a cabo el desarrollo del estudio. Por lo tanto, varias de sus propuestas y recomendaciones fueron implementadas preliminarmente en el hospital, para, posteriormente, ser replicadas como procedimientos a nivel país, buscando un mejor manejo de la información y estandarización de los procesos.

En el 2018, se emite el “Manual de procedimiento para monitoreo y control de los indicadores de gestión a los servicios de emergencias, versión 1.0”, en el cual se deja claridad de los lineamientos por seguir para “el monitoreo y toma de decisiones en el servicio” (p.5).

Aproximadamente, dos años después de iniciar con la implementación de las mejoras en las diferentes áreas de emergencias, se origina, en 2020, el primer brote masivo por COVID-19, el cual da como resultado una pandemia a nivel mundial; la Presidencia y el Ministerio de Salud de Costa Rica, en específico, comienzan la implementación de medidas y ajustes a los servicios de salud, los cuales se establecen en el documento “LS-VS-001. Lineamientos técnicos para la prevención y contención de brotes de COVID-19 en los establecimientos de salud públicos y privados” en mayo de 2020, dando como resultado importantes cambios en la atención brindada, recursos utilizados y presupuestos. En la entrevista realizada al Dr. Corella Elizondo, se destaca que:

Esto de la COVID-19 sobrepasa cualquier plan de contingencia previo que se tuviera. En términos administrativos y financieros, ha sido dramática la cantidad de recursos que se han tenido que inyectar en todo sentido económico, recursos humanos, etcétera, y la cantidad de horas administrativas que se han requerido, (...) para poder llevar a cabo la estructuración de la respuesta que ha tenido

la institución y en particular este hospital (Comunicación personal, 20 de agosto, 2020).

En ese sentido, el HDRACG, como uno de los principales centros especializados del país, procede a adecuar una de las torres de Emergencias y parte del recurso humano para la atención de pacientes COVID-19, a implementar los nuevos protocolos para diferenciar la atención de pacientes contagiados y a adoptar las directrices emitidas por el Ministerio de Salud.

4.2 Aspectos técnicos, legales, de planificación, control de operaciones y logística que inciden en la calidad y eficiencia del Área de Emergencias del HDRACG.

Por medio de un estudio a profundidad de la situación actual de los principales elementos que influyen en la prestación de servicios médicos en los centros hospitalarios, en específico en el HDRACG, se identifican los aspectos legales, de planificación, operaciones de logística y técnicos en los que se basa el sistema de salud en Costa Rica por medio de la dirección del Ministerio de Salud y la CCSS; además, se contextualiza, de manera teórica, si la planificación y gestión son estratégicas, responden a las necesidades, tanto de los pacientes, como de los usuarios regulares y, a su vez, se logra dar seguimiento y congruencia al proceso, tanto a nivel interno, como en lo que se externa al usuario.

4.2.1 Aspectos legales

4.2.1.1 Normativa jurídica relacionada con salud/administración

El servicio de salud de Costa Rica es catalogado como uno de los mejores en el mundo y como un pilar importante para el país en la búsqueda de la adhesión a la OCDE. En relación con ello, medios internacionales como CNN, la OPS y la OMS han alabado la gestión de las organizaciones encargadas de este ámbito. En un estudio de la OCDE, se resaltan, entre otros aspectos:

Su estabilidad institucional con respecto al financiamiento y la planificación; un brazo proveedor cercanamente integrado, pero claramente diferenciado, con una atención primaria fuerte en su base; un impresionante grado de coordinación intersectorial a nivel nacional y un diálogo efectivo entre los usuarios y los administradores de servicios de salud a nivel local, impulsando el mejoramiento del servicio (2017, p. 3).

Años atrás, previo inclusive al surgimiento de la CCSS, el país ha mantenido vínculo con la Organización Panamericana de Salud, y desde el año 1947, se considera como Estado Miembro, adoptando la Constitución de la Organización y de la OMS (Organización Mundial de la Salud) (OPS, 2021). Como complemento, se instala una oficina en Costa Rica que permite coordinar acciones directas y expeditas sobre el sistema de salud

nacional. Con ello, se planifican estrategias de cooperación en coordinación, tanto con la OPS, como con la OMS, lo cual brinda, como resultados, un 94,5% de la población asegurada, aproximadamente, articulación de sectores y cooperación internacional en aras de alcanzar los Objetivos de Desarrollo Sostenible, fortalecimiento del tiempo de respuestas ante riesgos sanitarios, detección temprana y tratamiento de enfermedades crónicas, entre otros, todo incluido en su Estrategia de Cooperación con Costa Rica 2016-2019 (OPS y OMS, 2016).

La Ley General de Salud N°5395 (1999) define *salud* como un bien de interés público, en el que las instituciones públicas actúan en un trabajo coordinado junto al MINSA (rector nacional de salud) y junto a la ciudadanía con el fin de procurar el mayor bienestar de todos los habitantes del país (artículo 50, Constitución Política de Costa Rica). Para el correcto actuar del Estado, los habitantes tienen la obligación de acatar los lineamientos que establezcan las autoridades, tanto en brindar información pertinente para análisis, como en colaborar activamente en lo que el MINSA tenga a disposición.

En línea con el MINSA, se encuentra la CCSS, velando por la seguridad social, por tanto, la Ley Constitutiva de la CCSS N°17 establece a esta institución con las siguientes características básicas:

- A. Institución autónoma
- B. El seguro cubre enfermedad, maternidad, invalidez, vejez y muerte (IVM), y desempleo involuntario
- C. Toda persona asalariada paga cuotas obligatorias
- D. Los trabajadores independientes están exentos de la cuota patronal
- E. Los ingresos del seguro social se conforman por triple contribución: cuota del empleado, cuota patronal, y el Estado y otras entidades de derecho público (2019, pp. 1-10).

Asimismo trata, *grosso modo*, las facultades de los empleados, su potestad de abrir o cerrar un centro médico si así se requiere, la obligación y el derecho del ciudadano al poseer el seguro de realizarse exámenes y recibir el tratamiento debido, la obligación de las Juntas de Protección Social de “prestar los servicios hospitalarios, médicos y quirúrgicos que la Caja necesite” (artículo 62, p. 20), y la potestad de repartir sus recursos entre los hospitales para suplir las necesidades presentes en cada uno de ellos. A ello, debe agregarse la reforma de la Ley N°6914 de 1983 con cambios sustanciales a los artículos de la anterior ley.

En aras de brindar servicio de calidad, tal como lo establece el sistema mundial de salud, se tiene, por un lado, el personal médico como pilar del HDRACG, el cual es contratado por medio de la plataforma de Recursos Humanos de la CCSS únicamente, y son los responsables de velar por el correcto tratamiento de los pacientes. Para ello, se necesita contar con una Administración eficiente que organice el actuar del hospital no solo en el

ámbito económico, sino en el laboral, social, etc. El Reglamento General de Hospitales Nacionales define esta área como “aquellos que no ejercen acciones directas de salud, pero que colaboran al bienestar y mejor atención del paciente y a la organización y funcionamiento óptimos del hospital, como un todo armónico” (artículo 197, 1971, p. 62).

En ese sentido, el HDRACG y demás centros médicos, referente al artículo 2 del Reglamento General de Hospitales Nacionales N°1743-SPPS, se indica que “estarán sujetas a la supervigilancia técnica de la Dirección General de Asistencia Médico-Social, debiendo someterse, en consecuencia, a las disposiciones de orden técnico del presente Reglamento” (1971, p. 1).

Por otro lado, el párrafo III de este reglamento se dedica exclusivamente a la atención de emergencias, y acorde con el artículo 61, “el Servicio de Emergencias deberá constituir una unidad funcional técnico-administrativa coordinada e integrada con los demás servicios del establecimiento. A la vez, el propio Servicio de Emergencias deberá constituir una unidad perfectamente integrada (...)” (p. 27). Ello afirma cómo la Administración Pública debe ser eficiente y eficaz, especialmente, para brindar servicios médicos de calidad.

Asimismo, en el 2008, por recomendación de la OPS, se crea el Manual de Organización de la Gerencia de Logística, resultado de una

“reestructuración organizacional del nivel central” (CCSS, 2016, p. 7), el cual se actualiza periódicamente en función de la demanda médica.

Así como los centros médicos de salud y su personal deben cumplir con la normativa vigente en el país, los pacientes o personas usuarias de estos servicios, ya sean públicos o privados, poseen derechos y deberes a cumplir, amparados en la Ley N°8239 “Derechos y deberes de las personas usuarias de los servicios de salud públicos y privados”, entre ellos: describir con detalle su historia clínica, no ocultar datos al personal de salud, hacerse responsable por sus acciones u omisiones y, principalmente, recibir un servicio de calidad, sin discriminación, con la información completa y como dicta la Ley (Artículos 2-4, 2002, pp. 1-5).

Sumado a ello, la CCSS, por ley, cuenta con una Contraloría de Servicios de Salud que canaliza las quejas o sugerencias de los pacientes hacia el servicio brindado, y con ellas, se realiza una evaluación de las metas establecidas por la Administración para mejorar la calidad de la atención médica. En el año 2019, la institución sumó un total de 751, por razones diversas de incumplimiento de leyes, de horarios y citas, desconfianza en el diagnóstico y tratamiento de enfermedades, discriminación, maltratos, extravío de expedientes, trámites administrativos, entre otros. En el caso del HDRACG, se basan en las funciones descritas en la Ley No.8239 mencionada anteriormente.

4.2.1.2 Normativa jurídica relacionada con finanzas/contractual

En cuanto a la contratación de bienes y servicios médicos, la Ley de Contratación Administrativa y su Reglamento establecen su compra por medio de la modalidad especial “**Ejecución por consignación**”, la cual indica lo siguiente:

En objetos tales como suministros médicos, en los que la determinación de la demanda puede sufrir variaciones importantes y periódicas durante la fase de ejecución, es posible realizar la contratación mediante la entrega de un lote inicial con el compromiso del contratista durante el plazo contractual de restituir los componentes o elementos consumidos (2019, artículo 162, inciso c).

La CCSS, en el documento “Condiciones generales para la contratación administrativa de todas las unidades de la CCSS”, se define que “cuando se coticen productos perecederos, tales como radiactivos, reactivos, vacunas y medicamentos que necesiten refrigeración, drogas, estupefacientes u otros, que requieran de seguridades especiales, la cotización será en términos DDU destino final, el que se indicará en el cartel de cada compra” (CCSS, 2014, p. 5). Es importante mencionar que, para la CCSS, autorizar compras de emergencia se debe contar con el aval de contenido presupuestario del Centro de Atención a Emergencias y Desastres de la Gerencia Administrativa.

La CCSS se encuentra en el Estrato A al año 2020 con un promedio de 837.855,37 millones en dos años, de acuerdo con el Sistema de Información sobre Planes y Presupuestos de la CGR, con los que se definen los límites contractuales para el tipo de contratación administrativa a seguir, establecidos en el artículo 27 de la Ley de Contratación Administrativa y actualizados periódicamente previa resolución de la CGR.

Asimismo, para la contratación de servicios para obra pública (como sucede con la construcción de la Torre Este), se rigen por las mismas Leyes, exceptuando que los límites de contratación administrativa se basan en la tabla I.B, exclusivos para obra pública (ver anexo 6).

En contratación, se necesitan fondos monetarios para lograr estos cometidos planteados con anterioridad, y basándose en la Ley de Administración Financiera y Presupuestos Públicos N°8131 de la República de Costa Rica, “el proceso presupuestario se iniciará con la planificación operativa que cada órgano y entidad debe realizar en concordancia con los planes de mediano y largo plazo, las políticas y los objetivos institucionales definidos para el período, los asuntos coyunturales, la política presupuestaria y los lineamientos que se dicten para el efecto” (artículo 33, 2001, p. 17). A partir de ello, la institución cuenta con el presupuesto para ejecutarlo en el año de acuerdo con la normativa legal, planes de gestión, normativa interna, entre otros.

Al ser una institución que vela por la salud, se le conceden beneficios que, conforme al artículo 58 de la Ley Constitutiva de la CCSS, abarcan exoneración de “derechos de importación y sus recargos y de servicio de muellaje sobre las mercancías; de impuestos directos o indirectos, contribuciones municipales, uso de papel sellado, timbre y derecho de registro; pago de fletes; libre transporte en las empresas del Estado” (2019, p. 19), lo cual facilita la adquisición de bienes y servicios.

Asimismo, se establece, en la Ley Constitutiva, que la CCSS realice una presentación anual de la memoria, donde resumen las finanzas de la Institución antes del 31 de marzo (art. 67, 2019, p. 21). Como se mencionó al inicio de la investigación, la institución distribuye su presupuesto por programas. En el caso del HDRACG, se les asigna un monto específico para adquirir los bienes almacenables y no almacenables que necesita el hospital por medio del proceso licitatorio descrito en la Ley de Contratación Administrativa.

4.2.2 Aspectos de planificación

En el siguiente apartado, se especificarán los aspectos de planificación pertinentes al Área de Emergencias. Como principal punto de partida, se entenderá la planificación en el área desde la perspectiva señalada en la presentación del Plan Estratégico Institucional 2019-2022 de la Caja Costarricense de Seguro Social en donde se considera la planificación

como la cultura de pensar a largo plazo, anticipar acciones y asumir retos pensando en una atención integral de la salud (2019, pp. 3-4).

En lo referente, específicamente, al accionar de los hospitales, cabe aclarar que, no obstante, a nivel de ejecución, tanto administrativa, como operativamente hablando, la mayoría de sus directrices es generada con base en el “Plan Estratégico de la CCSS”.

Uno de los primeros hallazgos por destacar de la planificación es la adaptabilidad y trazabilidad que la idea inicial de cumplimiento pueda lograr a nivel de las áreas. Como punto de partida, en la ilustración 4: *Árbol de resultados seguro de salud* del Plan Estratégico Institucional de la CCSS 2019-2022 (p. 29), se detallan los procesos tácticos que se deben contemplar para la creación de indicadores, los cuales servirán para medir el cumplimiento y calidad dentro de las áreas del hospital, las cuales son Consultas, Cirugías, Urgencias, Procedimientos, Egresos Hospitalarios, Tamizaje, Vacunación, Educación en Salud, que contribuirán con aportes para el fin último del mejoramiento de capacidades, mejora continua, innovación, investigación y desarrollo, minimización de brechas y fortalecimiento de las operaciones (prestación de servicios) (ver anexo 7).

Otro de los principales aspectos destacados por este plan son los desafíos. En la ilustración 2: *Desafíos*, de la Dirección de Planificación Institucional (p. 21), se muestra un resumen de los desafíos considerados claves para el logro de los objetivos envejecimiento de la población, déficit fiscal,

incidencia de enfermedades crónicas, equilibrio financiero y tecnología, investigación e innovación (ver anexo 8).

Considerando lo anteriormente mencionado:

Uno de los principales retos que asume la Institución como fundamento para el Plan Estratégico Institucional 2019-2022 es responder a las demandas de la población, en términos de eficacia, eficiencia, así como una transparente rendición de cuentas en el uso y aplicación de los recursos (Plan Estratégico Institucional de la CCSS 2019-2022, 2018, p. 27).

Siendo este reto la principal visión de cumplimiento que guía el desarrollo del trabajo en las áreas del HDRACG, desde el Área Administrativo-Financiera y para el Área de Emergencias, se crean los conocidos objetivos de gestión. Al respecto, el Dr. Donald Corella aduce que estos objetivos están basados en metas, principalmente operativas, que permiten evidenciar la gestión del área y destacar las oportunidades de mejora.

Dichos objetivos se basan en los procedimientos y reglamentos internos aplicables al hospital y a emergencias. Uno de ellos es el Reglamento General de Hospitales Nacionales, donde se señalan las disposiciones mínimas por considerar con respecto a la jerarquía hospitalaria (personal administrativo y de salud), funciones por departamentos y unidades según corresponda, servicios indispensables, entre otros.

Para lo correspondiente a la atención de emergencias, se menciona, en el Reglamento General de Hospitales, que:

El Servicio de Emergencias debe contar con facilidades para el uso de las salas de operaciones del establecimiento con carácter de prioridad. Aquellos establecimientos, cuyo volumen de atención así lo aconseje, podrán disponer de salas de cirugía en el Servicio de Emergencias para los casos cuya gravedad o premura de atención así lo requieran (Artículo 71, 1971).

De igual manera, se destaca que “el Servicio, en caso de hospitalización de enfermos, lo hará en las camas disponibles de los distintos servicios del hospital, previa confección de la historia clínica, en que deberán consignarse también la hipótesis diagnóstica y el tratamiento a seguir” (Artículo 72, Reglamento General de hospitales Nacionales, 1971).

De acuerdo con las citas anteriores, cuando se piensa en planificación, procesos de atención y capacidad, la oferta y la demanda llegan a ser un punto crítico que permite brindar una atención adecuada. Sin embargo, en muchos casos, no se considera la cantidad de usuarios, tanto en temas de emergencias, como de no emergencias que llegan al HDRACG diariamente y, sobre todo, su permanencia en el sitio. De acuerdo con el doctor Dr. Corella Elizondo (comunicación personal, 20 de agosto, 2020), la demanda en la Unidad de Emergencias puede llegar a picos que sobrepasan la capacidad instalada debido a las referencias y egresos que los pacientes

tengan; es decir, si en una unidad especializada, no se puede recibir a un paciente, éste debe permanecer en la Unidad de Emergencias hasta que sea trasladado, ocupando un espacio de los recursos de esta área.

En atención a los datos del Área Estadística de Salud (2017), el HDRACG, al pertenecer a la Red Este, recibe pacientes de distintos establecimientos de salud, que le corresponden por ser hospital nacional y por zona geográfica, siendo el segundo con mayor cantidad de emergencias en la red, y el que posee el equipo médico y la especialización necesaria para atender las distintas emergencias. Éste necesita contar con un plan robusto operacional que responda de inmediato al traslado de pacientes de los establecimientos de salud adyacentes. Parte de esta red está conformada por las siguientes áreas de salud: Catedral Noreste, Montes de Oca, Curridabat, Moravia, Coronado, El Guarco, La Unión, Los Santos, Limón, Matina, Siquirres, Talamanca, Valle La Estrella, Guápiles, Guácimo y Cariari.

Asimismo, si la emergencia trasciende los servicios brindados por los siguientes hospitales o áreas de salud: Goicoechea 2 (Clínica Jiménez Núñez), Zapote-Catedral (Clínica Carlos Durán); Hospital Max Peralta Jiménez, Hospital William Allen, Hospital Tony Facio Castro y Hospital Guápiles.

En atención a un estudio de la OCDE realizado al sistema de salud costarricense en 2017, se hace mención de características claves del

sistema de salud, entre las cuales se destaca la presencia de un Ministerio de Salud, encargado de financiar y regular gran parte de la gestión salud, el derecho de aseguramiento y atención primaria a toda la población que así lo requiera y, finalmente, un trabajo en conjunto con el sector privado de salud, el cual sirve de apoyo en cuestión de recursos.

Estas características han permitido que se obtenga una percepción del sistema de salud por encima de la calificación promedio (OCDE, 2017, p. 18). No obstante, coloca una gran presión en el control y seguimiento que se le debe dar a la planificación de todo un sistema. Cuando se le consultó al Dr. Corella con respecto a este tema, indicó que existe un sobrecargo en algunos departamentos a pesar de las automatizaciones y coordinación que se da a nivel interno, principalmente, cuando se trata de referenciar pacientes con largas hospitalizaciones.

Otro de los puntos por destacar en este informe son las recomendaciones sobre políticas (p. 13), las cuales dan énfasis a las reformas requeridas por el sistema de salud:

1. Reformar la gobernanza del sistema de salud.
2. Accesibilidad y calidad mejoradas.
3. Eficiencia y sostenibilidad financiera reforzadas.

Cada uno de estos puntos profundiza a nivel país en el sector salud y han acompañado a los hospitales como el HDRACG cuando se diseñan los

objetivos estratégicos que, año tras año, darán paso a oportunidades de mejora. Por lo tanto, al analizar cuánto se adaptan las directrices nacionales en un área como Emergencias, el Dr. Corella se permite comentar que los mismos son flexibles operativamente hablando al permitir ajustes de acuerdo con el hecho de cómo avance la dinámica del país.

La libertad de gestión y planificación se puede visualizar gracias a que “los seguros de salud y los servicios de salud en Costa Rica son provistos por un solo comprador-proveedor integrado, financiado por fondos públicos, la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS)” (OCDE, p. 19), al ser ésta la entidad que dicta las principales directrices en materia de salud como institución autónoma del Estado.

Bajo este mismo contexto se encuentra que:

La planificación de los egresos hospitalarios por cama también se sistematiza, apoyada por marcos de trabajo nacionales que recalcan que la planificación del egreso hospitalario comienza en la admisión (o incluso antes), con una evaluación multidisciplinaria de las necesidades probables al salir del hospital. Se espera que las regiones desarrollen marcos de servicio que reúnan los diversos elementos del cuidado integrado y centrado en las personas (OCDE, p. 27).

De acuerdo con lo anterior, se identifica y se ratifica la idea de un sistema integrado que abarca los 3 niveles de atención. El HDRACG, al encontrarse

en un nivel de alta especialización, recurre a recursos basados en la política nacional de salud, el plan estratégico y los lineamientos dictados por la CCSS, a los cuales se hará mención en posteriores apartados.

4.2.3 Aspectos operativos

Para este punto, es importante destacar la diferencia existente entre los aspectos de planificación mencionados anteriormente y la operatividad del servicio; de acuerdo con el “Informe para el fortalecimiento de la atención de emergencias en la CCSS – 2017”, “siempre ha existido el desafío de desarrollar sistemas que puedan ofrecer (con una capacidad instalada fija) atención a una demanda muy variable, además de hacerlo en forma eficiente, segura, y con altos estándares en cuanto a calidad” (p.7).

A razón de esto, con el fin de obtener un funcionamiento adecuado en los diferentes centros de salud, y en particular el HDRACG, al mismo tiempo que se mantiene una relación clara entre las áreas internas y Emergencias, la CCSS ha realizado diversos ajustes en cuanto al proceso y funcionamiento general de los servicios, particularmente los referentes al servicio de emergencias (ver anexo 9).

Para poder llevar a cabo la implementación de cambios en los procesos de atención, la CCSS mantiene en funcionamiento diversos procedimientos, directrices y protocolos, los cuales se dan a conocer a los funcionarios de los centros de salud por medio de las jefaturas, sean directores, coordinadores o encargados de área.

El Dr. Corella, refiriéndose al tema, hace mención sobre el hecho de la siguiente forma:

Hay un montón de procesos o normativas que nosotros [HDRACG] hemos ido implementando y que la institución después ha generalizado. Digamos, por ejemplo, lo que es el triaje en el Servicio de Emergencias. Lo empezamos a hacer nosotros en el 2014 y, después, en el 2016, la institución lo implementó como algo ya oficial. Posteriormente, el EDUS, que ahora es normativa en toda la Caja; la distribución de los recintos o las áreas funcionales en las cuales este servicio se dividía; la manera como trabajamos en sectores fue también, digamos, “acogido” por la institución (Corella, comunicación personal, 20 de agosto de 2020).

Considerando lo anterior, parte de la funcionalidad operativa mantenida en el Área de Emergencias del HDRACG ha permitido homologar y documentar actividades que son ya frecuentes en esta área. Por lo tanto, al tomar como parámetro operativo este hecho, se obtiene un criterio técnico, el cual desempeña una función doble al ser pioneros en la implementación de mejoras operativas, pero gestionando con base en la experiencia de sus funcionarios y jefes.

Por otra parte, uno de los aspectos por considerar desde una perspectiva externa al área, pero con una relevancia importante, es la logística con la que la CCSS supervisa parte de la funcionalidad de los centros de salud en relación

con el manejo operativo y la utilización de insumos. Ante esto, el CASEM (2017) expone que:

Del análisis de los servicios de emergencias y urgencias a nivel nacional, se puede concluir que los recursos con que cuenta cada uno de ellos son muy variables, tanto en un mismo nivel de atención, como entre los diferentes niveles. Por ejemplo, existen servicios de emergencias de hospitales periféricos que cuentan con recursos similares a los hospitales regionales o servicios de emergencias de los CAIS que están mejor dotados que los de un hospital periférico (p.22).

En referencia a la información anterior, se puede analizar que, debido a las brechas con respecto a los recursos con los que cuentan los hospitales, hay una alta probabilidad de que las emergencias lleguen en primera instancia a un hospital nacional como el HDRACG.

En segundo punto, se encuentra el manejo de los insumos, el cual se establece desde una perspectiva logística, a partir de la cadena de abastecimiento de la CCSS, la cual es considerada como un proceso de apoyo en la atención médica y funcionamiento del hospital, dividiendo la adquisición de bienes y servicios en dos: contrataciones tramitadas a nivel central de las cuales se encarga la Gerencia Logística y tienen como objetivo principal adquirir los insumos de frecuente consumo y gran volumen, y las contrataciones tramitadas en la Red de Servicios de Salud

de las cuales se encargan las unidades ejecutoras (proveedurías). En ésta, se adquieren productos de tránsito o los que no se encuentran en la Lista Oficial de Medicamentos (LOM). Ambos procedimientos son contemplados en el Catálogo General de Suministros de la CCSS.

Específicamente, para las contrataciones realizadas por las proveedurías de cada hospital, la responsabilidad de este proceso se expone en el Reglamento General de Hospitales Nacionales, donde en el artículo 219 indica que la Proveeduría tendrá por objetivo:

- a) Procurar que la compra de abastecimientos, equipos, medicamentos y materiales usados en el establecimiento se lleve a efecto en el momento preciso y en las cantidades necesarias;
- b) Llevar los registros y las estadísticas necesarias para facilitar el correcto manejo de las compras y control de las existencias en el establecimiento, así como de los consumos;
- c) Guardar y conservar los artículos destinados a satisfacer las necesidades del establecimiento; y
- d) Distribuir los materiales indicados y observar que las requisiciones de las distintas dependencias sean adecuadas y acordes con las necesidades de las mismas (CCSS, 1971, p. 72).

De acuerdo con lo anterior, se puede determinar que una primera relación operativa se establece en la cadena de suministros, donde para poder llevar a cabo una atención de calidad, es de suma importancia “que los

servicios de emergencias cuenten con la información estadística necesaria para una adecuada gestión y planificación de sus necesidades de atención, infraestructura y recurso humano” (CASEM, 2017, p.43).

Cabe destacar que, a nivel operativo, en el HDRACG, son responsables de estos procesos los mismos doctores del área, desempeñando funciones administrativas y médicas conforme sea requerido. De acuerdo con la entrevista realizada, se menciona que “en la parte administrativa, el recargo tiene que ver con el hecho de que hay funciones que, desde el pasado, como se consideró que este servicio era muy complejo, se dotó de personal para hacerlas aquí, pero en realidad deberían hacerse en otras subáreas” (Corella, comunicación personal, 20 de agosto, 2020).

Este último aspecto condiciona, en gran medida, la gestión que tienen las jefaturas con respecto a la disponibilidad del personal para atender a los pacientes, ya que deben dividir las funciones administrativas de las operativas y ajustarlas al tiempo laboral. Para solventar este aspecto, se ha optado por asignar funcionarios coordinadores para realizar únicamente labores administrativas, y las labores meramente médicas ejecutarlas en tiempos extraordinarios.

Por otra parte, una de las características principales por considerar que tienen en general las áreas de emergencias es el dinamismo operativo, el cual está directamente relacionado con la demanda del servicio, la cual se ampliará en los aspectos técnicos. Para explicar este aspecto, se toma,

como punto de partida, la importancia del trabajo articulado que se debe mantener debido a los niveles de atención de emergencias presentes en la estructura de la CCSS. Al respecto, la OCDE menciona que:

Los niveles de atención están bien diferenciados. Si bien la CCSS está integrada en forma vertical (o quizás por causa de esto), existe una clara jerarquía de servicios y se hacen esfuerzos para asegurar que la atención sea proporcionada al nivel más apropiado. Los datos de la CCSS muestran que el 80% de los casos ingresados en el primer nivel de atención se resuelve en ese nivel, sin ser referidos al segundo nivel de atención (2017, p.26).

No obstante, los datos estadísticos de la CCSS al año 2020 presentaron un total de 4.090.047 pacientes en los servicios de emergencias a nivel nacional, de los cuales 81 149 fueron atendidas en el HDRACG. Ello evidencia que la recepción de emergencias en los hospitales de tercer nivel continúa siendo un número elevado.

Aunado a esto, en un esfuerzo por mejorar la atención primaria y evitar un alto congestionamiento en las salas de emergencias, la OCDE menciona que “se utiliza cada vez más y más a los proveedores de salud privados para suministrar la atención primaria. En un esfuerzo por expandir el acceso, se está desarrollando un mercado proveedor diversificado para la atención primaria. Actualmente, cerca del 15% de la atención primaria es brindado por proveedores independientes que tienen contrato con la CCSS”

(OCDE, 2017, p. 28). Dicho aspecto provoca que la coordinación operativa trascienda a atención privada, resaltando como un factor por considerar cuando se piensa en la planificación operativa.

Enfocando el tema hacia la gestión interna, se resalta la importancia de mantener el personal del Área de Emergencias capacitado para proceder en casos especiales o emergencias masivas que se puedan dar. Para ilustrar este aspecto, en el Informe final de resultados (2018), publicado por la Gerencia Médica de la CCSS, en sus conclusiones, menciona que el proceso de capacitación referente a los servicios de emergencias debe ser “constante, debido a la rotación del personal y la importancia en el manejo de la información, para el adecuado funcionamiento del servicio y la calidad en la atención de los usuarios” (p. 29).

En relación con lo anterior, la capacitación de los funcionarios va ligada directamente a la estandarización de los procesos, aspecto diferenciador al considerar que la atención de los pacientes desde su ingreso hasta la salida se lleve de la misma manera de acuerdo con la urgencia. Para desempeñar esto de una manera eficaz, el doctor Corella, desde su experiencia como director de Emergencias, explica que:

Ha sido muy importante la posibilidad de tres cosas: **uno, automatizar los procesos**, ya que hay muchas cosas que se hacen por “default”, digamos, por decirlo alguna manera, la otra cuestión es el **poder documentar los procesos** ligado a la tercera

de **manera digital** (Corella, comunicación personal, 20 de agosto de 2020).

Por lo tanto, considerando el flujo de pacientes, la información y el personal médico de estas áreas, la digitalización y estandarización ha ido en favor de la gestión operativa del hospital, permitiendo que, desde Emergencias, otros departamentos accedan a la información necesaria y puedan actuar desde niveles más bajos de atención con el objetivo de no saturar el servicio de tercer nivel, reservándolo para atención de casos especializados y apoyándose en servicios privados para dar una atención oportuna.

Para llegar a concretar esta gestión, y como parte de las recomendaciones emitidas por el CASEM (2017) en el Informe Técnico para el Fortalecimiento de la Atención de Emergencias en la CCSS, “se han implementado indicadores de gestión” (p.43). Estos indicadores han servido para el monitoreo y control a nivel de insumos, tiempos de atención, estancia máxima y atrasos en el traslado a otras instancias especializadas. En una segunda entrevista realizada al Dr. Corella (13 de noviembre de 2020), dicho funcionario comentó que el Servicio de Emergencias del HDRACG, junto al Hospital de Heredia y al de Niños, fueron pioneros en crear una nueva metodología para poder mejorar la atención en el Servicio de Emergencias. Dicha metodología fue basada en las experiencias que han tenido en el área, así como en modelos internacionales; asimismo, indicó que utilizan los indicadores para evaluar el servicio de manera

trimestral (aunque debería de ser mensual), dando como resultado mejoras a nivel económico y operacional.

La mejora continua en Área de Emergencias del HDRACG ha permitido que, durante los últimos 5 años, se hayan implementado herramientas digitales que colaboran con el día a día en otras áreas igualmente de la atención médica; tal es el caso del Expediente Digital Único en Salud (EDUS), que es utilizado, tanto por el personal médico, como administrativo que trabaja en los hospitales para llevar un control claro y actualizado de todos los procedimientos e historial médico del paciente asegurado, tomando en consideración que también los usuarios del servicio pueden descargar el APP y consultar recetas, citas en el EBAIS o áreas especializadas del hospital, además de mantener sus datos personales actualizados, entre otros.

Otra de las herramientas es el Sistema de Operación, Control y Mantenimiento (SOCO). En este sistema, el personal del hospital reporta cualquier situación que requiera mantenimiento, como un bombillo quemado por mencionar un caso. Por lo tanto, el personal de mantenimiento lo revisa y lo cambia para, posteriormente, reportarlo en el sistema como tarea realizada. El SOCO es utilizado para temas de infraestructura principalmente, lo cual le permite, a la CCSS, mantener mapeado el gasto por deterioro que se dé en el hospital.

Administrativamente, se encuentra el Sistema Integrado de Gestión de las Personas (SIPE), el cual es utilizado por el personal hospitalario para solicitar permisos, incapacidades, entre otros; dicho sistema ha adquirido gran importancia debido a que la función administrativa en muchas áreas del hospital se ve recargada en el personal médico jerarca (coordinadores, jefes de departamento o directores).

Aun logrando establecer una homogeneidad en cada uno de los procesos operativos y aprovechando las herramientas tecnológicas actuales, las relaciones orientadas a una gestión operativa eficaz se condicionan a la coordinación que se debe mantener en lo referente a atención médica.

Para comprender de una manera más clara este aspecto, se procede a describir los aspectos técnicos.

4.2.4 Aspectos técnicos

En esta sección, se valorarán los aspectos técnicos pertinentes para la oferta del servicio del hospital. Los aspectos técnicos se dividirán en dos partes: en primer lugar, la oferta y demanda del servicio, tomando en cuenta el rol protagónico que tiene el hospital en la atención de las emergencias en el territorio nacional, y la manera como éste ha evolucionado y hecho frente a las nuevas necesidades del país.

Como segundo aspecto, se explica la estructura organizativa que hace posible el desempeño logístico del hospital. Esto resulta de suprema

relevancia, pues describe la distribución de los procesos y las relaciones de cada departamento. No es posible conocer el contexto del Área de Emergencias si no se tienen claros los procesos y los componentes técnicos que hay inmersos dentro de ellos.

4.2.4.1 Oferta y demanda del servicio

Dentro del servicio de salud, la relación entre la oferta y la demanda es fundamental entenderla, pues los recursos utilizados para ofrecerlo son limitados y las necesidades de la población se mantienen latentes. Contextualizando en el tema de los servicios de salud, la *oferta* se refiere “(...) al conjunto de establecimientos de salud en el país con su localización espacial y sus características, incluyendo la gama de servicios ofrecidos, tamaño y calidad” (Roxero y Güell, 1998, p.6).

Es decir, la oferta del servicio se limita conforme a los activos que se tienen, así sean la infraestructura, el talento humano, el equipo tecnológico, entre otros. Por otra parte, se encuentra la demanda, la cual se entiende como las necesidades que tiene la población por adquirir estos servicios. Al tratarse de un servicio básico, éste debe ser cubierto de manera rápida y oportuna.

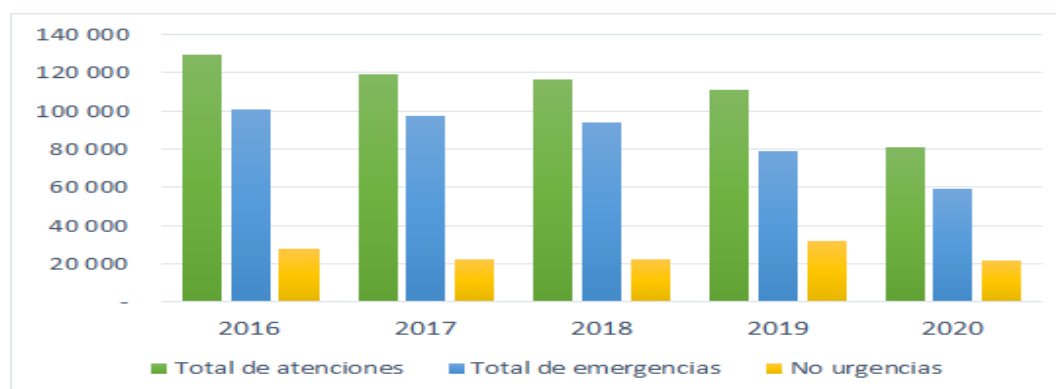
De esta forma, radica la importancia de conocer la oferta y la demanda en la cual se envuelve el HDRACG. Actualmente, este hospital atiende a aproximadamente 1.5 millones de personas. Entre las áreas atendidas, se encuentran los habitantes del área de San José y las personas

provenientes de otros centros de salud, como los hospitales de Cartago, Limón, Guápiles, Turrialba y zonas indígenas.

En línea con ello, debido a la emergencia actual, sobre la atención de la COVID-19, es uno de los hospitales destinados para el tratamiento de este tipo de pacientes (Presidencia de la República de Costa Rica, 2020).

En situaciones regulares, las formas de ser atendidos en los hospitales son por medio de una cita previa o por medio de atención de emergencias. Para esta última, el paciente puede presentarse directamente en el hospital, ser llevado directamente desde una ambulancia o ser enviado desde otro centro médico. El hospital también cuenta con un sistema aéreo para recepción de pacientes provenientes de diferentes zonas del país (Agüero, 2017). Actualmente, se incluyen los casos potenciales de COVID-19 que son ingresados al centro médico.

Figura 4 Demanda anual del Servicio de Emergencias del HDRACG, 2016-2020



Fuente: Elaboración propia de las investigadoras con base en los datos de los anuarios estadísticos de la C.C.S.S

Como se aprecia en la gráfica anterior, la cantidad de pacientes que ingresan al Área de Emergencias es significativa. Sin embargo, gradualmente, se ha reducido. Esta reducción se relaciona con varios aspectos:

- A. La apertura de nuevos EBAIS en la Red Este durante estos años, lo cual permite que los casos de atención primaria se puedan atender de manera local.
- B. En el caso del año 2020, al enfrentar la pandemia por COVID-19, los lineamientos del Ministerio de Salud en cuanto a higiene, tanto en comercios, como en el hogar disminuyeron la cantidad de enfermedades digestivas y respiratorias (siendo éstas la mayor cantidad de no urgencias).
- C. Las emergencias nacionales disminuyen la demanda de servicios, ya que las personas se mantienen en sus hogares y cambian sus hábitos, por tanto, se frena la propagación de enfermedades y, por ende, los apersonamientos a los hospitales.

El hospital se encuentra en la obligación de atender todos los casos que se presenten. En ocasiones reiteradas, esto conlleva a priorizar el adecuado flujo de pacientes en el Área de Emergencias del centro médico.

En relación con los hallazgos documentales, el Dr. José Pablo Marín Gómez, en su trabajo de investigación *“Causas y efectos de la saturación*

del Servicio de Emergencias de la Clínica de Chomes, Puntarenas” (2008, p. 139), atribuyó como causas de la saturación del Área de Emergencias, las siguientes razones:

- No existe educación de lo que significa una verdadera emergencia.
- No asisten al EBAIS al consultorio el día de la consulta o no hay consultorio en la comunidad.
- Visitas muy distanciadas a los consultorios comunales por parte de los EBAIS.
- Directamente no se realizaban las consultas en los EBAIS.

Es probable que varios de estos hallazgos se repitan en el resto del país en el tema de la atención de emergencias. Es relevante mencionar que el horario de los EBAIS es un horario bastante restringido que abarca horas de la mañana y tarde. De la misma forma, no se labora en los fines de semana.

Se abre la interrogante para una posterior investigación sobre el desempeño real de los EBAIS y cómo este podría afectar el resto de las áreas de salud.

4.2.4.2 Estructura funcional y organizacional referente a la Gerencia Logística

Desde el diseño organizacional, el funcionamiento de una institución es dependiente de la estructura funcional y organizacional establecida; por lo tanto, es importante conocer cómo se encuentran distribuidas las

relaciones directivas dentro de la gestión administrativa, y si éstas van acordes con los procesos logísticos llevados a cabo diariamente.

A nivel de funcionamiento organizacional, Mora (2016) enfatiza que “para las organizaciones, es imprescindible, inicialmente, agrupar todas sus actividades logísticas de acuerdo con el tipo de negocio; y luego crear una red logística que tenga un líder que planee y organice todas las funciones de una manera armónica y eficiente” (p.19).

Al mapear los departamentos y niveles, se pueden determinar, más claramente, las responsabilidades de las tareas de gestión asignadas desde la planificación institucional.

Con base en lo anterior, a nivel funcional, la Gerencia Logística cuenta con lineamientos que guían el proceso de abastecimiento de insumos médicos, producción industrial de bienes y servicios, así como del quehacer diario de los trabajadores. En ese sentido, se tiene por objetivo:

Disponer de políticas generales y específicas que permitan orientar, dirigir y conducir, desde el nivel estratégico institucional, los procesos relacionados con el abastecimiento y la administración de inventarios en la Caja Costarricense de Seguro Social, basado en las mejores prácticas de adquisición de bienes en forma consolidada, así como la sana administración de fondos públicos bajo criterios de buenas prácticas de almacenamiento y distribución (Gerencia de Logística, 2018, p. 2).

En complemento, se encuentra el “Manual institucional de normas para el almacenamiento, conservación y distribución de medicamentos de la CCSS” (2013), donde se establecen las responsabilidades y los requisitos técnicos de las diferentes etapas del proceso de almacenamiento, conservación y distribución de los medicamentos (p.5). Este manual responde a la necesidad de mejorar la cadena de abastecimiento con base en las nuevas normativas y oportunidades de mejora detectadas.

Asimismo, para definir la estructura organizacional, se establece una actualización al “Manual de organización de la Gerencia de Logística”, debido a una serie de acuerdos emitidos por la junta directiva desde el 2011 hasta el 2014 (CCSS, 2016, pp. 7-8), los cuales implicaban cambios en la estructura jerárquica que rige la parte operativa del sector salud para suplir los aspectos de producción, almacenamiento y distribución.

Como aspecto por destacar, en este manual, se hace la salvedad de que:

El diseño, la modificación, la reestructuración y el estatus jerárquico de las unidades de trabajo en el ámbito organizacional de la institución responderán a las políticas y estrategias definidas por las autoridades superiores, a la racionalización de los niveles jerárquicos y a evitar la duplicidad funcional, la conformación de estructuras paralelas, la organización vertical innecesaria y la fragmentación de los procesos de trabajo (CCSS, 2016, p. 11).

Con el fin de identificar mejor el funcionamiento y el diseño organizacional mencionado anteriormente, se procede a realizar un estudio administrativo de los organigramas y divisiones funcionales que mantiene la Gerencia Logística, partiendo de los principios de Mintzberg (1991), Chiavenato (2000) y Meoño (2010) relacionados con las estructuras administrativas eficientes. Para ello, se hace la salvedad de que las ilustraciones mostradas a lo largo de este apartado han sido adaptadas de acuerdo con las buenas prácticas de la teoría organizacional. Cada uno de los organigramas es referenciado directamente del “Manual de organización Gerencia de Logística de la CCSS” (2016).

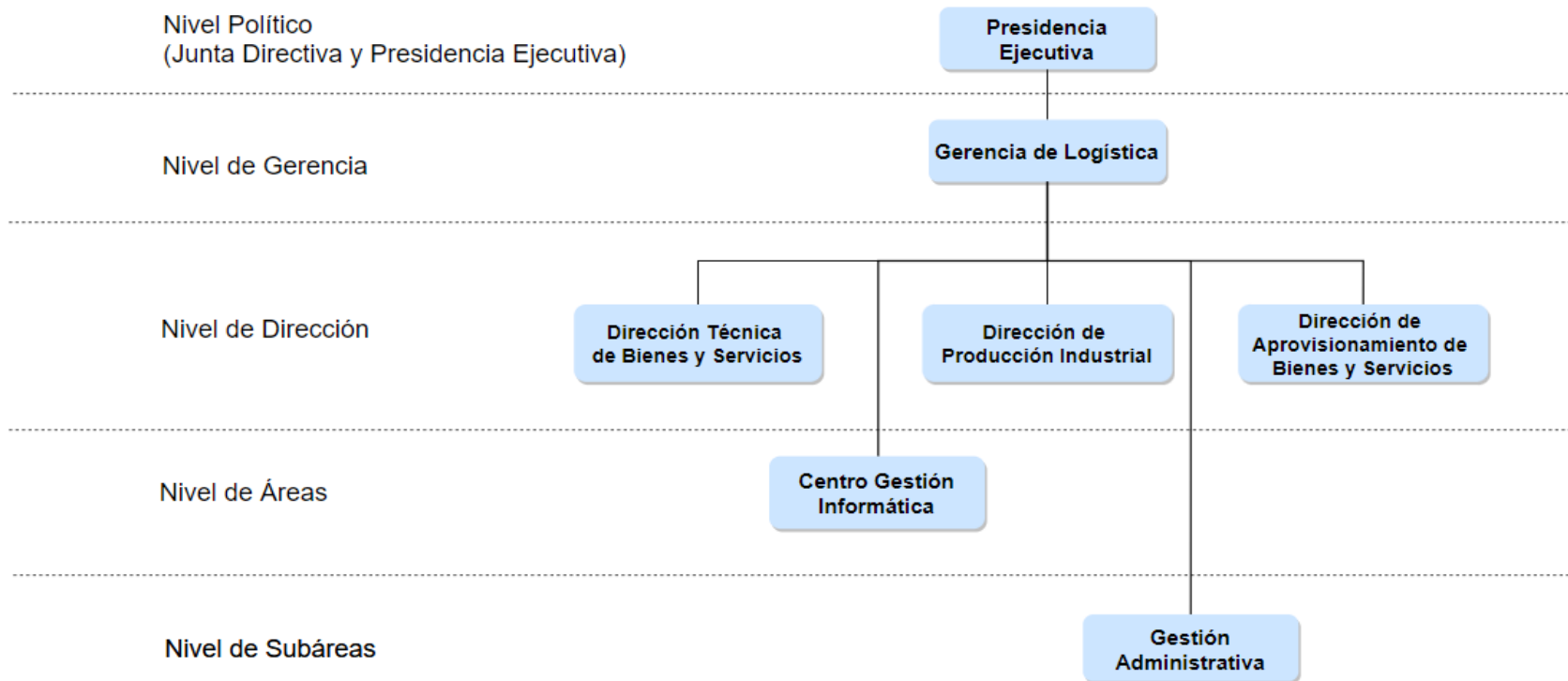
El diseño utilizado en los organigramas se divide en cinco niveles de gestión: el político, el cual incluye a la junta directiva y Presidencia Ejecutiva, siendo designados directamente por el Gobierno de Costa Rica; el gerencial, el cual responde a los aspectos más estratégicos del proceso; el directivo, también relacionado con los aspectos estratégicos, pero más involucrado en la gestión operativa, finalizando con los niveles de áreas y subáreas, atendiendo específicamente la parte administrativa -operativa, con la diferencia de que estas últimas son unidades de apoyo a la gestión.

Con base en la división anterior, la Gerencia Logística, como departamento líder y el cual responde directamente a la Presidencia Ejecutiva de la CCSS, apoya la ejecución de sus funciones en tres direcciones funcionales: la Dirección Técnica de Bienes y Servicios, la Dirección de Producción

Industrial y la Dirección de Aprovisionamiento de Bienes y Servicios, las cuales se detallan más adelante.

Relacionado con el punto anterior, bajo su cargo, se encuentran el Centro de Gestión informática y la Subárea de Gestión Administrativa, los cuales no cumplen un rol de dirección, pero responden directamente a esta gerencia (Gerencia Administrativa C.C.S.S., et al., 2016), tal como se puede observar en la figura 5.

Figura 5 Estructura organizacional de la Gerencia Logística



Fuente: Elaboración propia de las investigadoras con información del “Manual de organización Gerencia de Logística”, CCSS, 2016

Aludiendo a la figura anterior, las áreas y subáreas no necesariamente ejercen bajo una dirección directa; el nivel de clasificación se rige de acuerdo con las funciones ejercidas dentro del proceso logístico. Este aspecto, desde el enfoque organizacional de estructuras eficientes, puede llegar a entorpecer la fluidez de las relaciones si se considera la cantidad de jefaturas que pueden interferir en la ejecución de las labores.

En cuanto a las funciones ejercidas por las áreas y subáreas adscritas a la Gerencia, se encuentran:

Área Centro gestión Informática. Esta área es la destinada a la dirección, planificación, ejecución, coordinación, supervisión y control de actividades profesionales y administrativas en el Área de Sistemas de Información automatizados y en el campo de la dirección de proyectos informáticos del ámbito gerencial.

Subárea de Gestión Administrativa. Es la encargada de gestionar los insumos y recursos de la organización que necesita para llevar a cabo sus objetivos, políticas, metas y procesos. También es la responsable de los procesos de control y evaluación a nivel macro de la organización.

Según las funciones mencionadas, llevar a cabo el control y la evaluación macro es una función de coordinación, por lo tanto, ejecutarlo desde una subárea limita que se consideren todos los aspectos del proceso. Como complemento, al considerar la jerarquía, las recomendaciones emitidas no

mantienen el peso necesario para ser atendidas por unidades superiores si no poseen el visto bueno de una Dirección.

Continuando con la misma línea, en la figura 6, se hace representación a las jefaturas a cargo de las unidades mencionadas; éstas tienen como objetivo asumir la administración de las actividades internas por realizar.

Figura 6 Matriz de niveles organizacionales



Fuente: Elaboración propia de las investigadoras con base en información del “Manual de organización Gerencia de Logística”, CCSS 2016

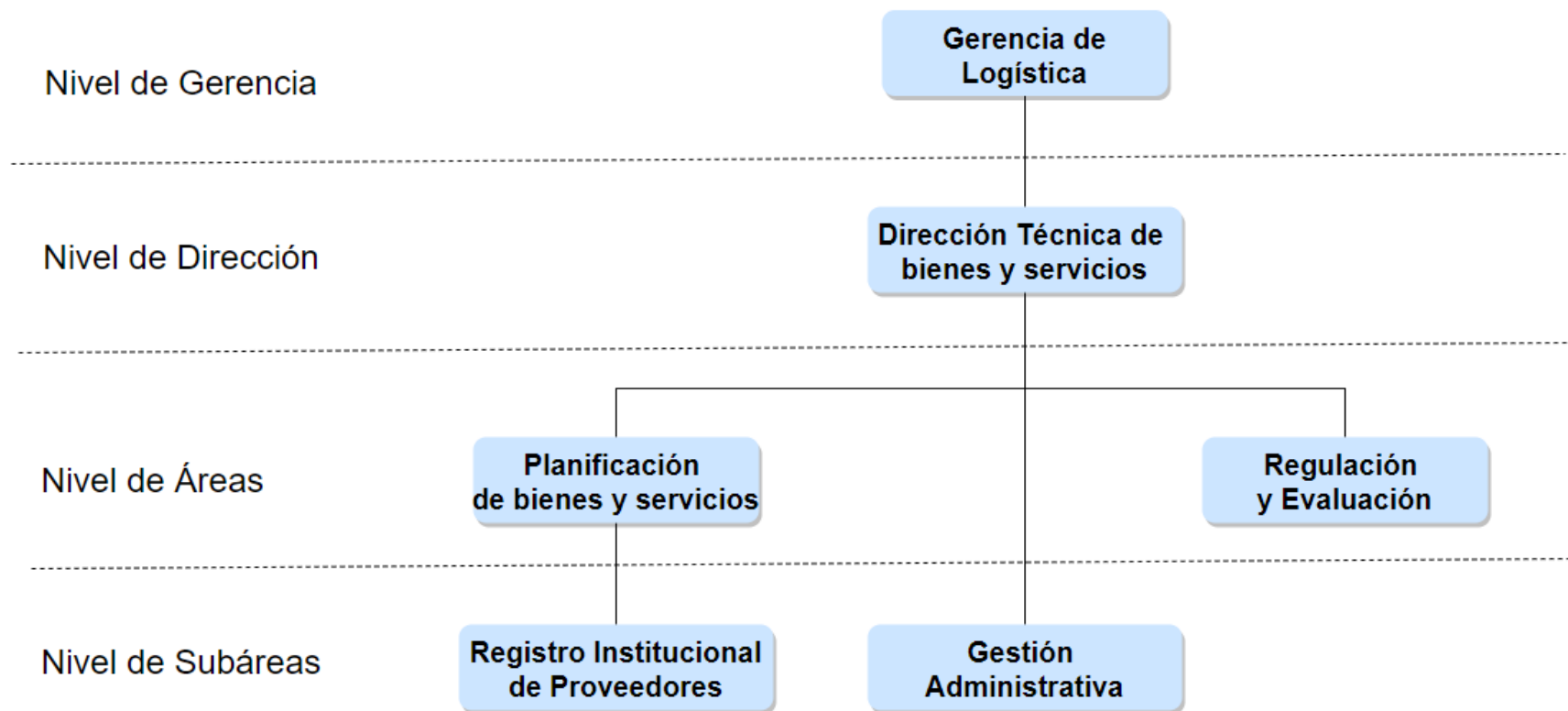
De acuerdo con la cadena de mando, la Gerencia de la Logística es administrada por el gerente designado. Para el segundo nivel, el Centro de Gestión de Informática se encuentra a cargo de un jefe de área. Por último, el Departamento de Gestión Administrativa es administrado por el jefe de

subárea correspondiente. Esta distribución demuestra que no hay una relación entre las funciones establecidas y la jerarquía de mando asignada. Para profundizar más en la estructura organizacional, a continuación, se detallan los organigramas de cada área directiva, los cuales representan cada parte del organigrama general a cargo de la Gerencia Logística.

En primer lugar, se encuentra la Dirección Técnica de Bienes o Servicios, la cual se encarga de dirigir, planificar, coordinar, controlar y evaluar, en forma integral, la organización, además de formular la regulación y la normativa técnica interna, el desarrollo de proyectos, entre otros aspectos. De manera general, cumple con el desarrollo de la gestión estratégica, administrativa y logística, a nivel global, requerida para cumplir en forma eficaz con los objetivos definidos.

Bajo la Dirección Técnica de Bienes y Servicios, se encuentran la Subárea de Gestión Administrativa, el Área Planificación de Bienes y Servicios que cuenta con el soporte de la Subárea de Registro Institucional de proveedores, además del Área Regulación y Evaluación, tal como se puede apreciar en la figura 7.

Figura 7 Organigrama estructural de la Dirección Técnica de Bienes y Servicios



Fuente: Elaboración propia de las investigadoras con base en información del “Manual de organización Gerencia de Logística, CCSS, 2016

Estas áreas tienen como principales funciones:

Subárea Gestión Administrativa. Es la encargada de gestionar los insumos y recursos de la organización que necesita para llevar a cabo sus objetivos, políticas, metas y procesos. También es la responsable de los procesos de control y evaluación a nivel macro de la organización.

Área Planificación de Bienes y Servicios. Establece, dirige y gestiona las estrategias que permitan mejorar la gestión de los bienes y servicios a nivel institucional; actualizar y fortalecer el Catálogo General de Bienes y Servicios; promocionar las actividades tendientes al desarrollo de proveedores.

Subárea Registro Institucional de Proveedores. Desarrolla y mantiene actualizado el registro institucional de proveedores; establece el sistema de información requerido; implanta las condiciones necesarias para efectuar los trámites, los procedimientos y las gestiones que correspondan, registrar los movimientos y cambios que procedan.

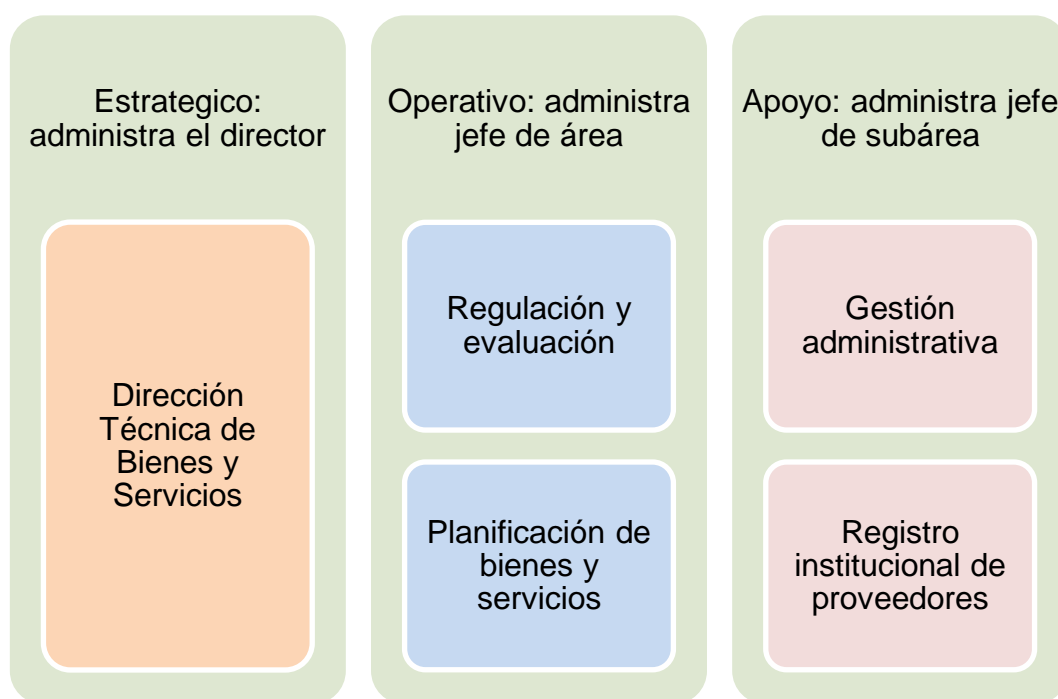
Área Regulación y Evaluación. Genera, divulga y actualiza la normalización institucional para la cadena de abastecimiento de bienes y servicios y asesora, evalúa y capacita a las unidades institucionales en la materia.

La distribución de funciones designada para esta dirección se encuentra más apegada a los niveles de la administración (directivo, coordinador,

operativo), respondiendo directamente a las designaciones estratégicas y operativas.

Desde la cadena de mando, cada uno de los departamentos se comunican entre sí, donde la Dirección Técnica de Bienes y Servicios ejerce una dirección de coordinación sobre las áreas y, conforme al cargo de funciones asignado, se cuenta con las subáreas para dar apoyo. Esta clasificación puede verse resumida en la figura 8.

Figura 8 Relación de niveles organizacionales Dirección Técnica de Bienes y Servicios

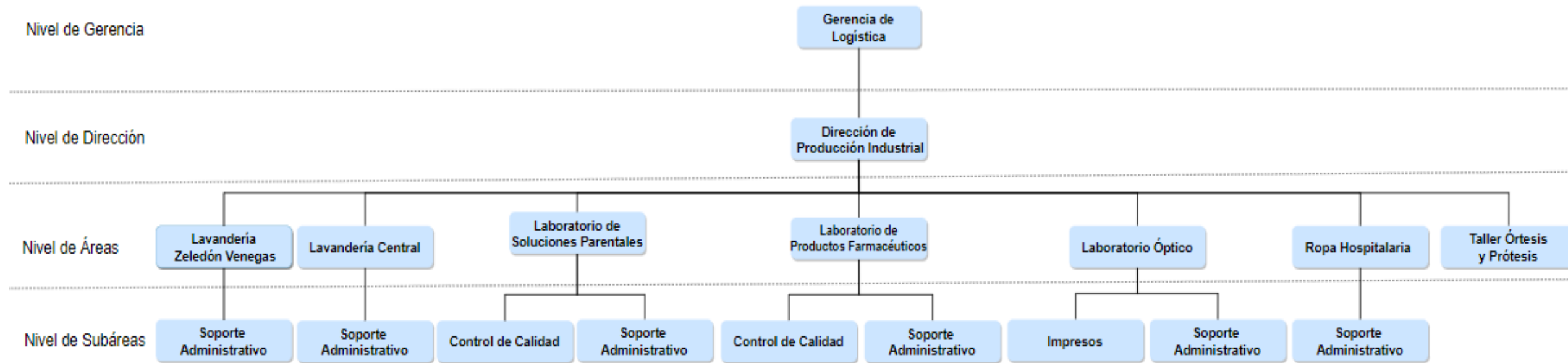


Fuente: Elaboración propia de las investigadoras con base en información del “Manual de organización Gerencia de Logística”, CCSS 2016

En una funcionalidad más operativa, se encuentra la Dirección de Producción Industrial, la cual es responsable de procesar las materias primas para la producción de insumos y materiales requeridos por los establecimientos de salud relacionados con algunos medicamentos de la Lista Oficial de Medicamentos (LOM).

Esta dirección tiene una estructura más amplia, pues consta de siete áreas departamentales. Dentro de sus principales funciones, está la lavandería, la obtención de las soluciones parentales y de los productos farmacéuticos. También tiene a su cargo el laboratorio óptico, la fábrica de ropa hospitalaria y el taller de órtesis y prótesis. En resumen, se encarga del abastecimiento de productos esenciales para el funcionamiento del hospital y en beneficio de sus usuarios. Su estructura puede observarse en la figura 9.

Figura 9 Organigrama estructural Dirección de Producción Industrial



Fuente: Elaboración propia de las investigadoras con base en información del “Manual de organización Gerencia de Logística”, CCSS, 2016

Seguidamente se mencionan las funciones de cada una de las unidades que componen a esta dirección:

Subárea Gestión Administrativa. Es la encargada de gestionar los insumos y recursos de la organización que necesita para llevar a cabo sus objetivos, políticas, metas y procesos. También es la responsable de los procesos de control y evaluación a nivel macro de la organización.

Área de Laboratorio de Soluciones Parenterales. Elabora las soluciones parenterales y para hemodiálisis. Programa y controla la producción anual, la calidad de los productos y realiza el mantenimiento preventivo y correctivo de los equipos.

Área Servicios de Lavandería (Central y Zeledón Venegas). Satisface las demandas de los servicios de lavandería en forma eficiente y eficaz a los establecimientos de salud del área metropolitana. La lavandería que corresponde al HDRACG es la lavandería central.

Área Laboratorio Óptico. Realiza exámenes de optometría y produce anteojos de acuerdo con las prescripciones con productos y materiales acorde con las tecnologías modernas.

Área Fábrica de Ropa Hospitalaria. Produce y abastece las diferentes prendas de ropa hospitalaria en el ámbito institucional.

Taller Nacional de Prótesis y Órtesis. Otorga servicios a pacientes referidos por diversos centros asistenciales que requieran dispositivos ortopédicos, produciendo y suministrando prótesis y órtesis.

Subáreas de Soporte Administrativo. Realiza las actividades y los procedimientos correspondientes a los asuntos asignados por la Jefatura de Área, entre ellos: recursos humanos, gestión de bienes y servicios para el abastecimiento oportuno, sistema de control interno del área, servicios generales, presupuesto y plan anual operativo. Apoya en todos los aspectos de gestión.

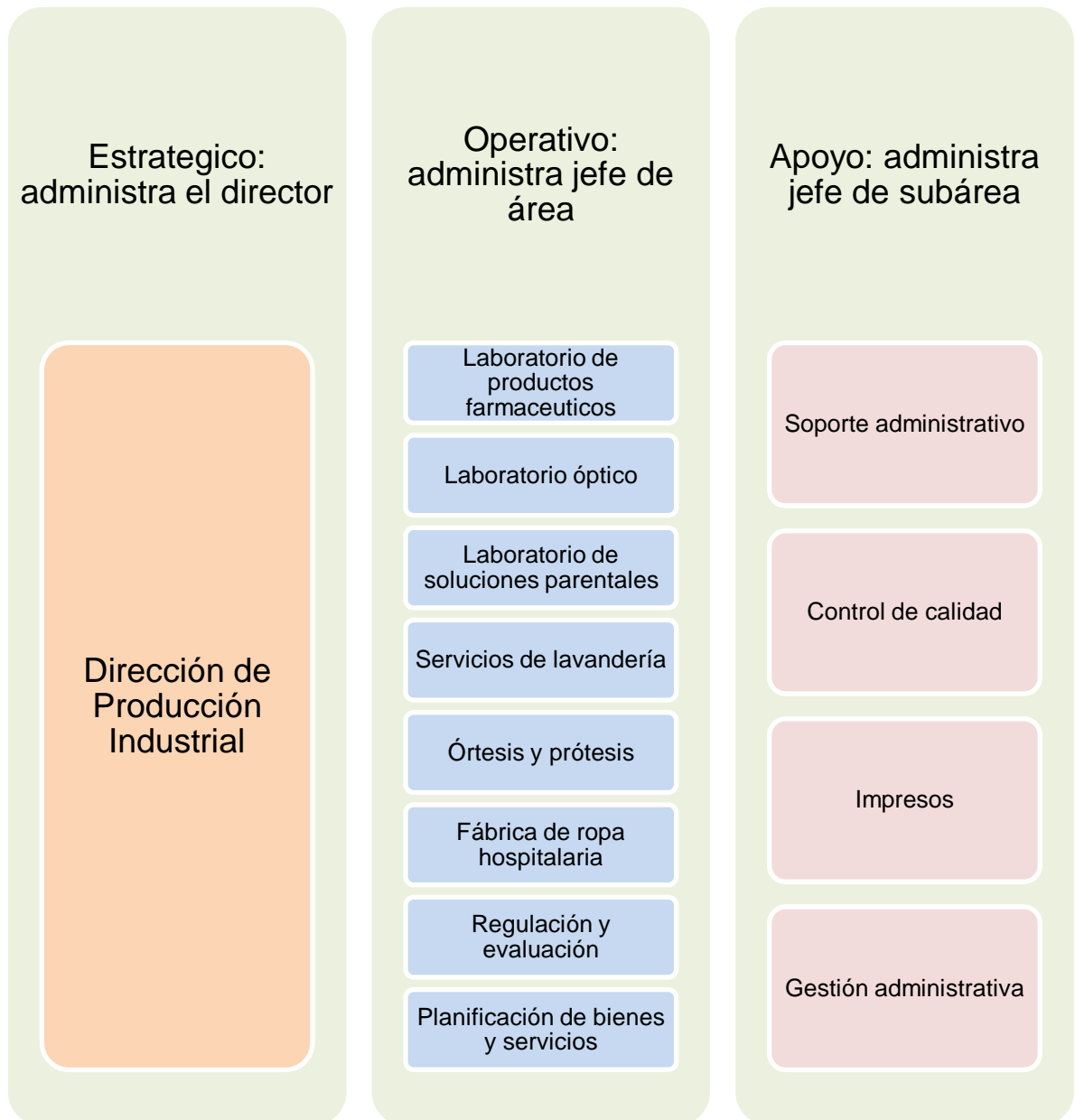
Subáreas Control de Calidad. Otorga servicios a pacientes referidos por diversos centros asistenciales que requieran dispositivos ortopédicos, produciendo y suministrando prótesis y órtesis.

Subárea de impresos. Realiza trabajos de imprenta, diseño litográfico, impresión a color, elaboración de formularios de uso institucional, fotocomposición, reproducción y acabado final de los documentos de alto volumen.

Las funciones anteriormente detalladas son mayormente de gestión operativa, es decir, se enfocan en la producción y coordinación, posicionando lo administrativo como apoyo; por lo tanto, la estructura se ve reforzada en la línea media de acción. Asimismo, la Dirección de Producción Industrial actúa como el ente organizador del resto de las áreas.

Su clasificación en relación con la cadena de mando se muestra en la figura 10.

Figura 10 Relación de niveles organizacionales Dirección de Producción Industrial

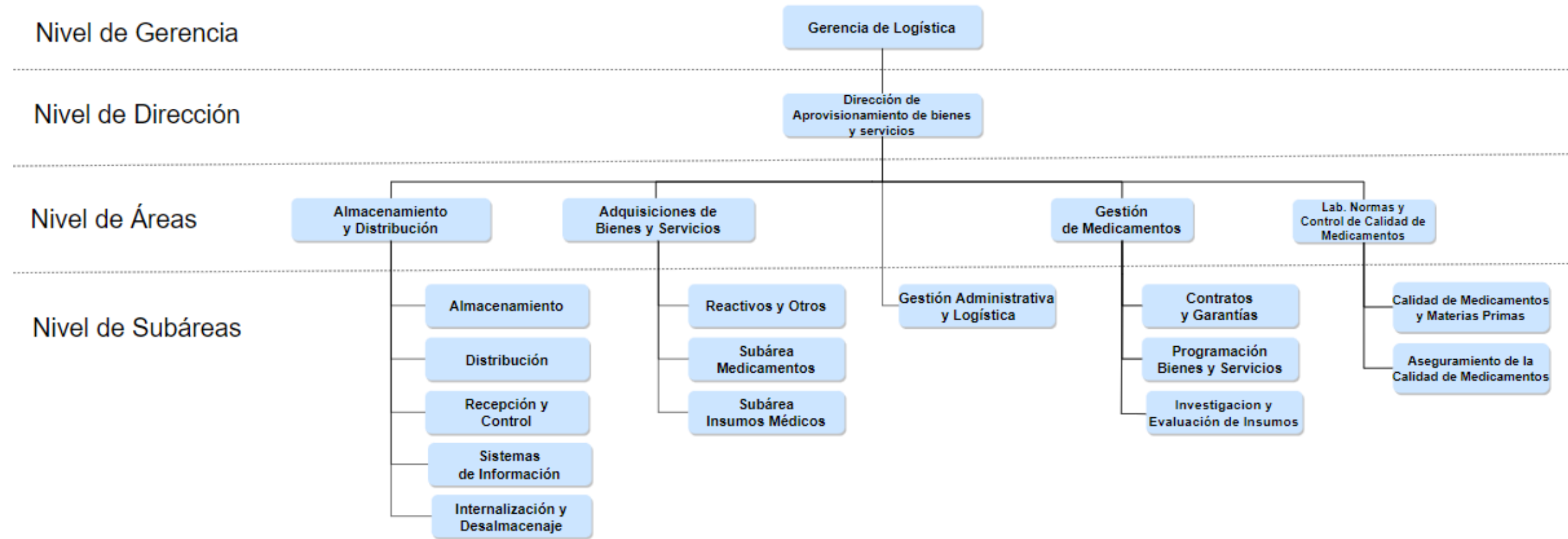


Fuente: Manual de organización Gerencia de Logística, CCSS, 2016

Para este caso, es necesario valorar si, en la ejecución de las funciones, el mantener unidades de soporte administrativo y control de calidad separadas para cada área está generando un sobrecargo innecesario en la estructura. Para esto, se puede considerar un mapeo de las funciones desde el objetivo estratégico y no desde la gestión operacional utilizando una estructura más horizontal.

Otra de las direcciones que conforman la Gerencia Logística es la Dirección de Aprovechamiento de Bienes y Servicios, la cual tiene como función la conducción y ejecución del Programa Anual de Compras de los bienes almacenables, de los servicios que le correspondan y de las adquisiciones de otros recursos. A diferencia de las otras unidades, a esta, le corresponde el almacenamiento y abastecimiento institucional de los insumos contratados en el nivel central. Su estructura es detallada en la figura 11.

Figura 11 Organigrama estructural Dirección de Aproveccionamiento de Bienes y Servicios



Fuente: Elaboración propia de las investigadoras con base en información del “Manual de organización Gerencia de Logística”, CCSS, 2016

Esta Dirección se encarga de obtener todos los insumos médicos del hospital para su posterior distribución interna. De la misma forma, es la responsable de gestionar los medicamentos para evitar pérdidas y garantizar el abastecimiento. A continuación, se detallan las competencias de cada unidad que la conforma:

Subárea Gestión Administrativa. Es la encargada de gestionar los insumos y recursos que necesita la organización para llevar a cabo sus objetivos, políticas, metas y procesos. También es la responsable de los procesos de control y evaluación a nivel macro de la organización.

Área de Adquisiciones de Bienes y Servicios. Contrata los insumos almacenables presupuestados en el Programa 5000 y los servicios estratégicos para la gestión de logística institucional, así como otros bienes y servicios que se requieren adquirir.

Subárea de Reactivos. Realiza los procedimientos de contratación para la adquisición de reactivos y tiene a cargo los proyectos especiales o particulares.

Subárea de Medicamentos. Realiza los procedimientos de contratación para la adquisición de medicamentos, materias primas y vacunas.

Subárea de Insumos Médicos. Realiza los procedimientos de contratación para la adquisición de suministros e insumos médicos y quirúrgicos.

Área Gestión de Medicamentos. Dirige, avala y monitorea las estrategias que permitan mejorar el modelo de pronóstico para la adquisición de los bienes y servicios de la institución.

Subárea Programación Bienes y Servicios. Desarrolla el modelo de pronóstico ajustado a las necesidades de la institución. Genera una labor de seguimiento y evaluación permanente de los bienes en trámite de contratación, los almacenados, su demanda, el comportamiento del consumo, las sobrexistencias y los inventarios en condición de obsoletos.

Subárea Contratos y Garantías. Verifica la correcta ejecución de los contratos y órdenes de compra.

Subárea Investigación y Evaluación de Insumos. Propone políticas, directrices y estrategias en su ámbito de competencia; coordina con las comisiones técnicas, unidades y centros especializados, internos y externos, el desarrollo y actualización de las especificaciones técnicas de los insumos autorizados para consumo en la institución, contemplados en el Catálogo General de Suministros. Evalúa la eficacia de los insumos adquiridos y la necesidad de incorporar nuevos.

Área de Almacenamiento y Distribución. Se encarga de la recepción, la verificación, el control, el almacenamiento y la distribución de las mercancías; coordina, con los responsables de las fichas técnicas de los insumos, la incorporación de las especificaciones técnicas de los empaques y embalajes, los niveles de inventarios necesarios y su

capacidad de bodegaje y, con el Área de Planificación, los plazos de entrega.

Subárea Recepción y Control. Se encarga de la recepción de materiales; comparar los materiales contra la orden de compra, el contrato u otra documentación oficial; verificar aspectos administrativos de las mercancías (cantidad, empaques, embalajes, contenidos, entre otros) y tramitar lo correspondiente para el control de calidad de los medicamentos en bodega de cuarentena; tramitar el ingreso de las mercaderías a las respectivas bodegas para su almacenamiento y custodia; aplicar las técnicas de almacenaje necesarias para la conservación y control; desarrollar sistemas de seguridad para los funcionarios y mercancías contra los diversos riesgos; coordinar con los proveedores la recepción de los productos y las entregas parciales cuando previamente se hayan establecido.

Subárea Almacenamiento. Almacena y custodia los productos adquiridos; desarrolla las acciones necesarias de seguridad de las personas y los bienes en custodia; atiende las solicitudes de despacho.

Subárea Distribución. Recibe pedidos preparados para realizar el transporte y entrega de las mercancías a las diversas unidades médicas, de producción y administrativas; dispone de un cronograma de distribución; realiza los controles de la flotilla asignada, del combustible y el mantenimiento preventivo de los automotores.

Subárea Sistema de Información. Mantiene en operación permanente, bajo estrictas normas de seguridad, mantenimiento y funcionamiento, el *hardware* y el *software* que contiene la información del inventario del Área de Almacenamiento y Distribución. Registra los movimientos del inventario en los sistemas diseñados, los mantiene en operación y tramita los informes, estados y conciliaciones necesarias para disponer de información veraz, oportuna y al día con el inventario. Otorga asistencia y soporte técnico a los usuarios, y desarrolla programas específicos de automatización. Programa y realiza inventarios selectivos periódicos y coordina el inventario general en el período señalado.

Subárea Internalización y Desalmacenaje. Realiza los trámites necesarios para la exoneración de impuestos de las mercancías de importación y tramita, ante las aduanas correspondientes, la nacionalización.

Área Laboratorio Normas y Control de Calidad de Medicamentos. Verifica la calidad de los medicamentos y materias primas que adquiere la institución de empresas farmacéuticas privadas y de los productos elaborados en los laboratorios de medicamentos institucionales.

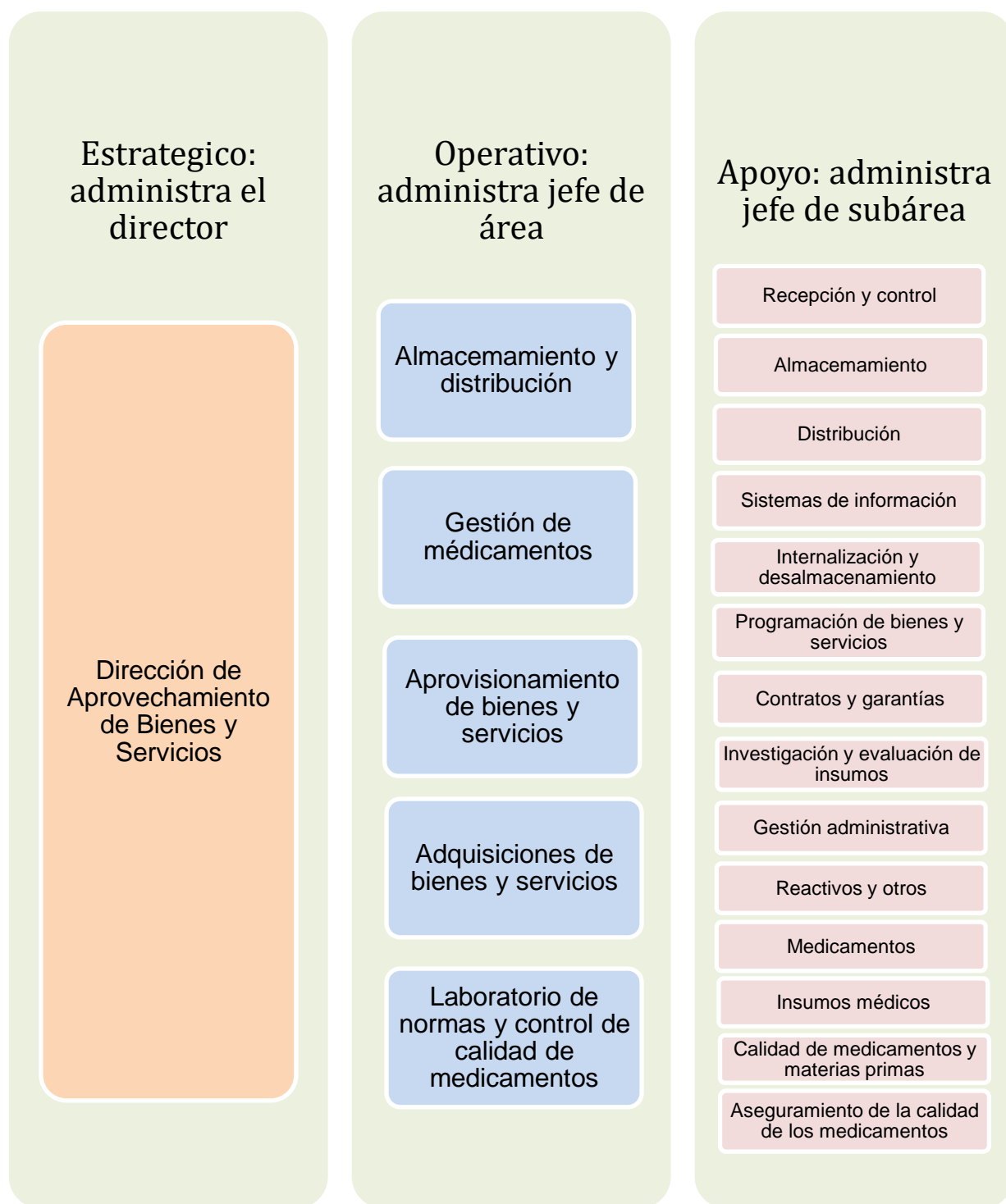
Subárea Calidad de Medicamentos y Materias Primas. Desarrolla las acciones técnicas y científicas de control de calidad con respecto a los medicamentos y las materias primas para producción de medicamentos.

Subárea Aseguramiento de la Calidad de Medicamentos. Complementa las actividades de control de calidad de los medicamentos que suministra la institución a los usuarios, generando acciones científicas y técnicas de investigación y evaluación de los sistemas de trabajo en operación.

Al contrario de la Dirección de Producción industrial, aquí se denota un mayor número de subáreas para el apoyo administrativo, la cual es una acción que se puede justificar al tener asignadas tareas más administrativas del proceso como la gestión de proveedores y la contratación administrativa. A razón de esto, la relación funcional presenta un mayor peso en la línea base de acción (nivel operativo).

Ahora bien, si se observa desde la cadena de mando, esta dirección mantiene un menor número de encargados para atender la coordinación, por lo tanto, las decisiones pueden llegar a ser más centralizadas. Para ilustrarlo de manera más clara, en la figura 12, se muestran las clasificaciones por niveles de las áreas y subáreas descritas, las cuales son administradas por la Dirección de Aprovisionamiento de Bienes y Servicios.

Figura 12 Matriz de niveles organizacionales Dirección de Aprovechamiento de Bienes y Servicios



Fuente: Elaboración propia de las investigadoras con información del “Manual de organización Gerencia de Logística”, CCSS, 2016

En este caso, al mantenerse una estructura más piramidal, es menester validar si, en la ejecución de funciones, se mantiene una adecuada comunicación con la línea media, con el fin que no se vea afectada la toma de decisiones y si existen herramientas claras de control con seguimientos programados en cuanto a la ejecución de objetivos, de manera que la rendición de cuentas sirva para detectar brechas los procesos base.

En forma general, para articular la gestión desempeñada por la Gerencia Logística y responder a las necesidades presentes en los centros de salud en cuanto a insumos, se deben ubicar y clasificar las actividades que se encuentran dentro de la cadena logística de acuerdo con la estructura funcional y organizacional, además de definir objetivos y contrastarlos con la gestión que, actualmente, mantengan los centros de salud. Con ello, el trabajo logístico mantendrá un enfoque más eficaz y eficiente en la producción de los servicios que cubrirán la demanda de la población en temas de salud.

A manera de cierre para este capítulo, cada uno de los aspectos identificados en el sistema implementado por la CCSS para el sector salud, y específicamente del HDRACG, conforma una estructura sumamente amplia e integral, lo cual implica no solo su accionar a nivel administrativo, sino su ligamen con la atención médica y social de los usuarios. No obstante, para responder a la consecución del valor público, es necesario focalizar los hallazgos en la gestión oportuna de las debilidades presentes y contrastarlas hacia un enfoque de calidad y eficiencia.

Capítulo V: Factores críticos que inciden en la calidad y eficiencia del Área de Emergencias del HDRACG, conforme a la normativa técnica.

Al realizar el análisis de los aspectos técnicos, legales, de planificación, control de operaciones y logística presentes en el HDRACG, a continuación, se describen los factores críticos que inciden en la calidad y eficiencia del Área de Emergencias del hospital, tomando en cuenta las relaciones intrainstitucionales con las áreas diferentes áreas del hospital, EBAIS, Cruz Roja, al mismo tiempo de los riesgos que afectan los factores críticos y las acciones tomadas antes y durante del COVID-19.

5.1 Factores críticos del proceso de atención de emergencias conforme a la normativa técnica

Dentro de las diversas normativas existentes para la medición de la calidad y eficiencia, se encuentran las normas INTECO, las cuales proponen estructuras de funcionamiento con rendimiento de alto nivel, en el manejo de procesos y servicios en diferentes ámbitos, entre ellos, logística y operaciones. Para efectos del capítulo, los fundamentos de estas normas funcionarán como conceptualización de calidad y eficiencia.

Es importante destacar que la CCSS utiliza diversas normativas, directrices y manuales, los cuales fueron mencionados en el capítulo anterior, y fundamentan la legalidad de los procesos; no obstante, en este capítulo, el análisis de los factores críticos se fundamenta en normas técnicas o estructuras de trabajo que faciliten el entendimiento del proceso logístico

completo y la toma de decisiones desde las áreas más estratégicas, hasta los procesos de apoyo.

Considerando lo anterior, y de acuerdo con los aspectos técnicos encontrados, se propone la siguiente estructura organizacional enfocada en las cinco configuraciones propuestas por Mintzberg:

Figura 13 Estructura organizacional por configuraciones



Fuente: Elaboración propia de las investigadoras para efectos del presente trabajo investigativo

En atinencia a la figura 13, el nivel de junta directiva comprende parte de los procesos más generales, los cuales, usualmente, son dictados a nivel de gobierno, directrices de instancias internacionales como la OCDE, o

bien, instancias nacionales como el Ministerio de Salud y la CCSS. Las decisiones o directrices emitidas en este nivel de la estructura son adoptadas por la Alta Gerencia de acuerdo con las necesidades de cada centro hospitalario y abarcan, de manera principal, los aspectos legales y de planificación.

Bajo esta línea continua, la Alta Gerencia, la cual se diferencia de la junta directiva únicamente en términos de ejecución, abarca actores como la Dirección del hospital y se enfocan, como se mencionó anteriormente, en adaptar las decisiones dictadas a nivel país. Los aspectos legales y de planificación son el sostén para esta estructura y deben orientar las decisiones estratégicas por tomar para un correcto funcionamiento del hospital.

En la base, están los procesos operativos y logísticos, los cuales se centran en la prestación de la atención y servicios médicos a pacientes, acción fundamental de los centros médicos como el HDRACG, además de aspectos operativos, como la gestión intrainstitucional del EBAIS del Área Este, el cual funciona como soporte y filtro para la atención de emergencias referidas al HDRACG y la gestión logística con la Cruz Roja en el traslado de pacientes.

Por último, a un costado de la estructura, se establecen las áreas de apoyo y la tecnoestructura; los procesos clasificados aquí en general abarcan áreas de soporte para lograr lo operativo. Entre los aspectos analizados, se encuentra la parte técnica directamente relacionada con estructuras

jerárquicas referentes a la distribución del recurso humano, compras y licitaciones para abastecimiento del servicio, en este caso Emergencias y servicios especializados, los cuales requieren contrataciones especiales.

Cada una de estas secciones se desglosa a continuación tomando en consideración aspectos como funcionamiento, planificación y gestión para dar paso opciones de mejora.

5.1.1 Juntas Directivas y Alta Gerencia: presupuestos y planificación

Como punto inicial, las juntas directivas se encargan de dar aprobación a los presupuestos solicitados por los hospitales. A nivel de la CCSS, el presupuesto ordinario abarca tres grandes partidas: el seguro de salud (SEM), el régimen de invalidez y muerte (IVM), y el régimen no contributivo de pensiones (RNCP).

De acuerdo con la Contraloría General de la República, en el informe de presupuestos públicos (2019) se indica que:

El principal ingreso institucional de la CCSS son las contribuciones sociales con un 65,5% del total y un crecimiento del 5,4% respecto del presupuesto definitivo 2018. El 69,2% de dichos ingresos procede de los aportes al SEM, y un 30,8% al IVM (p. 1).

Para 2020, el presupuesto ordinario se mantenía proyectado de la siguiente manera:

Figura 14 Proyecto Presupuesto 2020

Regímenes	Monto*	% Participación**
S.E.M	₡3 284 900,70	61,20
I.V.M	₡1 911 092,70	35,60
R.N.C. P	₡172 229,50	3,20
Total	₡5 368 222,90	100,00

*En millones de colones

** Representa el porcentaje de gasto social

Fuente: Elaboración propia de las investigadoras con base en datos de la CCSS, 2019

Dicho presupuesto estimaba la inversión en proyectos de equipo médico con el financiamiento de la Dirección de Equipamiento Institucional para la adquisición de equipo de mediana y alta complejidad, en particular, la readecuación del Servicio de Cardiología en el HDRACG, así como la compra de equipos portátiles de rayos X.

Por otra parte, con recursos de la Ley General de Control del Tabaco y el Proyecto de la Red Oncológica, se buscó financiar la compra de equipos para varios centros médicos de la institución, entre los cuales destacan para el HDRACG equipamiento completo de unidades de rehabilitación pulmonar (Oficio SJD-1658-2019, p. 11).

En la misma línea, se encuentra el financiamiento de los proyectos por realizar por parte de la Gerencia de Infraestructura y Tecnologías, entre los cuales se destacan la adquisición del edificio para traslado por reforzamiento de oficinas centrales y la construcción de la bodega del Servicio de Farmacia HDRACG. Juntamente con recursos del BCIE, se

financia la construcción de la II etapa Torre Este (Oficio SJD-1658-2019, p. 12), la cual es ahora parte de la infraestructura del HDRACG.

Considerando lo anterior, se puede evidenciar que se generan importantes inversiones en infraestructura y logística para brindar los servicios de salud, donde administrativamente a nivel país se estiman montos y se planifica de acuerdo con los planes anuales, el Plan Estratégico Institucional 2019 - 2022 y el Plan Nacional de Desarrollo. Cabe mencionar que la CCSS no solamente es una de las instituciones con mayor importancia a nivel nacional, sino la que consume una importante cantidad de recursos país, dependiendo estrictamente de los cambios en la población, contribuciones sociales y objetivos definidos.

La Alta Gerencia, la cual se conforma por el director del hospital, así como los gerentes de áreas más estratégicas, se encargan de velar porque, a nivel operativo y administrativo, la prestación del servicio encaje en los parámetros planificados. En lo que respecta al Área de Emergencias, el director Donald Corella indica que la medición y el cumplimiento de resultados se establece a partir de indicadores y objetivos; este factor es uno de los más determinantes al momento de identificar necesidades de mejora para el servicio.

Sin embargo, durante la entrevista realizada al director de Emergencias, se comentó que:

Los datos que brindan los hospitales sobre la atención de emergencias son muy generales y no dan información suficiente

para poder hacer análisis de la gestión de esta área, tanto en el Calderón Guardia, como en los demás hospitales del país. Si nos fijamos en los anuarios estadísticos que están en la página de la CCSS, los datos que brinda cada hospital en cuanto a rendimiento son básicamente la cantidad de pacientes que tuvieron en Emergencias, divididos entre urgencias y no urgencias, así como sus tipos, lo cual es información muy básica para tomar decisiones económicas más que todo (Corella, comunicación personal, 13 de noviembre de 2020).

Este factor se puede comprobar al revisar el estudio realizado en 2017 sobre el fortalecimiento al Área de Emergencias, donde, entre sus resultados, se generalizan los servicios y resultados a nivel de funcionamiento. Si se toma en consideración que cada servicio tiene procesos y brechas distintas, se pueden utilizar los indicadores como parte de una mejora continua, lo cual le permite a la Alta Gerencia enfocar los esfuerzos de una manera más concreta y específica.

Como parte de los indicadores y objetivos revisados por la Alta Gerencia, se encuentra la ejecución presupuestaria por objetivos, específicamente en lo referente a la atención de emergencias. Cuando la pandemia por COVID-19 comenzó a afectar la logística de los centros de salud, se activaron planes de contingencia, entre ellos el fondo de contingencia del seguro de salud, el cual permitió dar la atención requerida a la población nacional en el momento de agotar el presupuesto ordinario estimado para el año 2020. En noticias de la CCSS, se indicó que “se han invertido 67 936 millones de

colones del fondo de contingencia en más recursos humanos, materiales, insumos, equipamiento e infraestructura con el propósito de hacerle frente a esta emergencia” (Bustamante, 2020, párr. 10).

Conjuntamente, desde la junta directiva de la CCSS, como del mismo gobierno, se han encargado de monitorear e inyectar recursos conforme las necesidades presentadas, evidenciando un mejor orden en el manejo de los mismos pasado el primer trimestre del 2020.

Dichas medidas fueron establecidas con los “Lineamientos para mitigar el impacto financiero de la pandemia de la COVID-19 para los años 2021-2022”, así como otros manuales como los “Lineamientos generales para hospitales, consultorios médicos, clínicas, servicios de emergencias y servicios de urgencias, públicos y privados por enfermedad por COVID-19”, contruidos con reportes emitidos por la Alta Gerencia de los centros de salud y las buenas prácticas aplicadas y recomendadas por la OCDE para mantener un mejor control de los recursos. Esta situación tuvo como efecto que se presentará un avance significativo ante los escenarios inciertos, los cuales permitieron la estandarización y funcionalidad activa de sistemas tecnológicos que se habían quedado rezagados.

Una vez señalados los aspectos generales que tienen a cargo, tanto la junta directiva, como la Alta Gerencia se continúa con la segunda línea de estructura enfocada en los aspectos operativos y logísticos.

5.1.2 Operaciones y logística: prestación directa del servicio de atención médica

La funcionalidad de un servicio es analizada generalmente desde la visión estratégica y la visión operativa. No obstante, a nivel de la CCSS, los análisis operativos específicos son escasos, por lo tanto, identificar brechas se convierte en prioridad únicamente cuando se dan afectaciones importantes a nivel país, como es el caso de pandemias como la COVID-19, desastres naturales u otros que exigen forzar los recursos existentes para proporcionar una atención temprana y suficiente.

Si bien los procedimientos dentro del HDRACG se han optimizado en comparación con años anteriores, se identifican algunos aspectos de mejora en general que repercuten directamente en el desempeño de la atención de emergencias, estas situaciones sirven como punto de partida.

La primera de ellas es referente a la relación de otras áreas con Emergencias; de acuerdo con la estructura de funcionamiento que se mantiene a nivel de atención, si un paciente requiere atención prioritaria, el primer servicio donde acude es Emergencias. Según la valoración, se procede con la atención o se referencia al servicio indicado. Esta clasificación se da a través del triaje, el cual prioriza a las personas pacientes considerando su condición de emergencia. En ese sentido, las personas profesionales en enfermería son encargadas de recibir a la persona y clasificarla.

Continuando el proceso, de acuerdo con la cantidad de doctores presentes en el turno y el tipo de emergencia presentado, se estimará el tiempo de atención. No obstante, cuando las emergencias son más graves y requieren intervenciones quirúrgicas, uno de los factores más incidentes es la relación con las áreas especializadas.

De acuerdo con el Informe Final de Resultados (s.f.), realizado por la Gerencia Médica de la CCSS a las áreas de emergencias de diversos hospitales en el año 2017-2018, “se observa que las especialidades de Ortopedia, Cirugía General, Pediatría y Ginecología son las que presentan mayor demanda, alcanzando aproximadamente el 60% de las interconsultas dentro de las atenciones de los usuarios que indicaron que requirieron valoración de otra especialidad” (p. 20).

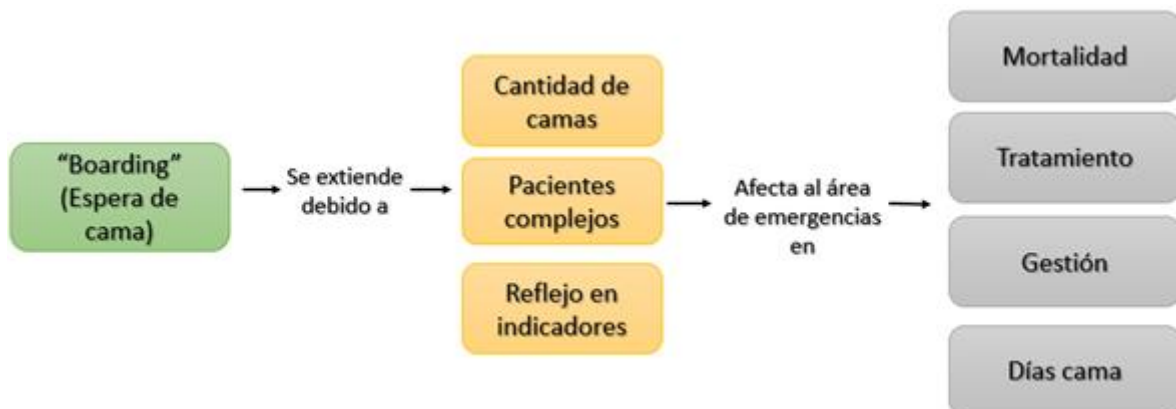
Posterior al estudio, para el año 2020, considerando lo comentado por el director del área, los resultados se han mantenido muy similares. Por este motivo, cumplir con los procesos de atención y traslado, además de mantener una comunicación adecuada llega a ser primordial para cubrir la demanda de atención a otros pacientes. Este factor debe ampliarse más con las jefaturas de las áreas mencionadas con el fin de determinar las brechas que puedan estar generando trabas o atrasos en la salida o acomodo de pacientes posterior a la atención de emergencias.

Particularmente, para el HDRACG, existe una variante más en la gestión interna, la cual procede de las subáreas administrativas. Acorde con varias de las entrevistas realizadas, uno de los factores coincide en la asignación

de recurso humano a las labores administrativas, convirtiendo la gestión médica y administrativa en un trabajo estratégico. Esta situación ha generado un recargo en Emergencias, donde se realizan ambas labores. Además, se ha convertido en una ventaja administrativa, ya que, en el momento de planificar el uso de los recursos, las realidades se ajustan mejor.

Otro factor identificado por la jefatura de Emergencias y directamente ligado a la gestión con otras áreas corresponde al tiempo prolongado del “boarding”, es decir, el tiempo que hay desde el ingreso de la persona paciente a la designación de una cama definitiva. Idealmente, este tiempo se estima que debe durar menos de 24 horas, sin embargo, la realidad es que este proceso puede variar de entre 15 minutos a varios días.

Figura 15 Esquema explicativo del “Boarding”



Fuente: Elaboración propia de las investigadoras con el uso de los datos recopilados durante la entrevista con el jefe del Servicio de Emergencias del HDRACG

En atención a la información facilitada durante la entrevista, uno de los mayores problemas presentes en el Área de Emergencias del HDRACG es la ocupación por tiempos excesivos de las camas disponibles. La persona entrevistada comenta que lo anterior genera tres situaciones: la saturación acelerada de las camas, el empeoramiento de la condición de las personas pacientes y la distorsión de los indicadores de resultados.

Asociado con los efectos anteriores, se refleja de mayor manera en temas como el aumento de la tasa de mortalidad en los pacientes dentro del área, limitaciones en el tratamiento de sus debidas patologías, complicación en la gestión administrativa e incremento en el indicador de los días de ocupación de las camas.

Referente a la información suministrada por el personal médico entrevistado y la presente investigación, se precisan, a continuación, las tres causas principales, las cuales se propone tomar en cuenta como parte del análisis en un posible trabajo de campo de una investigación posterior.

- Cantidad insuficiente de camas o infraestructura disponibles en las otras áreas donde deberían ser ubicados las personas pacientes: éste es un problema identificado desde hace varios años, para solucionarlo se dio la construcción de la Torre Este como parte del fortalecimiento al servicio. Sin embargo, la inauguración del espacio se dio durante la pandemia en 2020, por lo tanto, no se ha logrado determinar si se logró solventar la brecha. Cabe destacar que la adecuación de edificios aledaños al hospital para la atención de

pacientes COVID ha servido para distribuir mejor los pacientes y cubrir la demanda del servicio.

- Pacientes complejos: son pacientes que, por su naturaleza, son más propensos a necesitar una cama por más tiempo. Se plantea que las áreas de especialización optan por atender pacientes que roten con mayor facilidad mientras estén fuera de peligro. Esto no ha podido ser comprobado, ya que los procesos de otras áreas requieren una revisión específica que permita determinar el punto principal de conexión con emergencias.
- Métricas e indicadores que no cumplan con un alcance real: de acuerdo con la metodología de INTECO, esta situación puede ser perjudicial en el momento de determinar el rendimiento de sus métricas. Se plantea que, si no hay claridad por parte de los colaboradores en qué se está midiendo o si los indicadores planteados no son medibles, pueden obtenerse resultados insuficientes para realizar correcciones pertinentes al servicio.

Dichos factores repercuten en el Área de Emergencias de la siguiente manera:

- Mortalidad: algunos pacientes llegan a fallecer en Emergencias, luego de estar más de 24 horas en esta área. En principio, estas muertes no corresponden al área, pero se registran ahí.

- Tratamiento: no se les puede dar un tratamiento adecuado a los pacientes, debido a que no son trasladados en forma rápida.
- Gestión: no se les puede dar un adecuado manejo a las capacidades del Área de Emergencias, pues se satura de pacientes en estado de espera, lo cual obstaculiza la recepción de las personas pacientes nuevas.
- Días cama: los días, que una persona paciente está ocupando una cama, se extienden de manera innecesaria, pues se encuentran esperando ser ubicados.

Dado que estos factores no son exclusivos de Emergencias, dicha información se considera como uno de los puntos de partida para la definición de áreas de mejora en la interrelación con otros departamentos.

Por otra parte, es importante considerar que el HDRACG recibe pacientes de los EBAIS del Área Este, así como de otras áreas del país que necesiten dar atención de emergencias con equipo especializado. Por causa de ello, se proyecta realizar estimaciones de posibles enfermedades que puedan saturar los servicios.

Para contextualizar este escenario, en la transición de verano a invierno, las enfermedades respiratorias aumentan por la disminución de temperaturas. Por ende, se producen afecciones como: gripes, asma, infecciones a nivel de garganta, bronquitis, neumonías, entre otras; asimismo, en ciertas zonas de riesgo, el aumento de lluvias provoca

empozamientos de agua que funcionan como criaderos de mosquitos: *Aedes aegypti* (dengue, zika, chikungunya); además, las condiciones climáticas afectan el flujo vehicular por derrapes y poca visibilidad de carretera, lo cual genera accidentes de tránsito que llegan a Emergencias. Al considerar estas estimaciones como parte de los análisis por realizar, cuando se habla de oferta versus demanda del servicio, permite ayudar a la junta directiva y al Departamento de Compras de la CCSS y del HDRACG a estar preparados con los insumos necesarios para la atención.

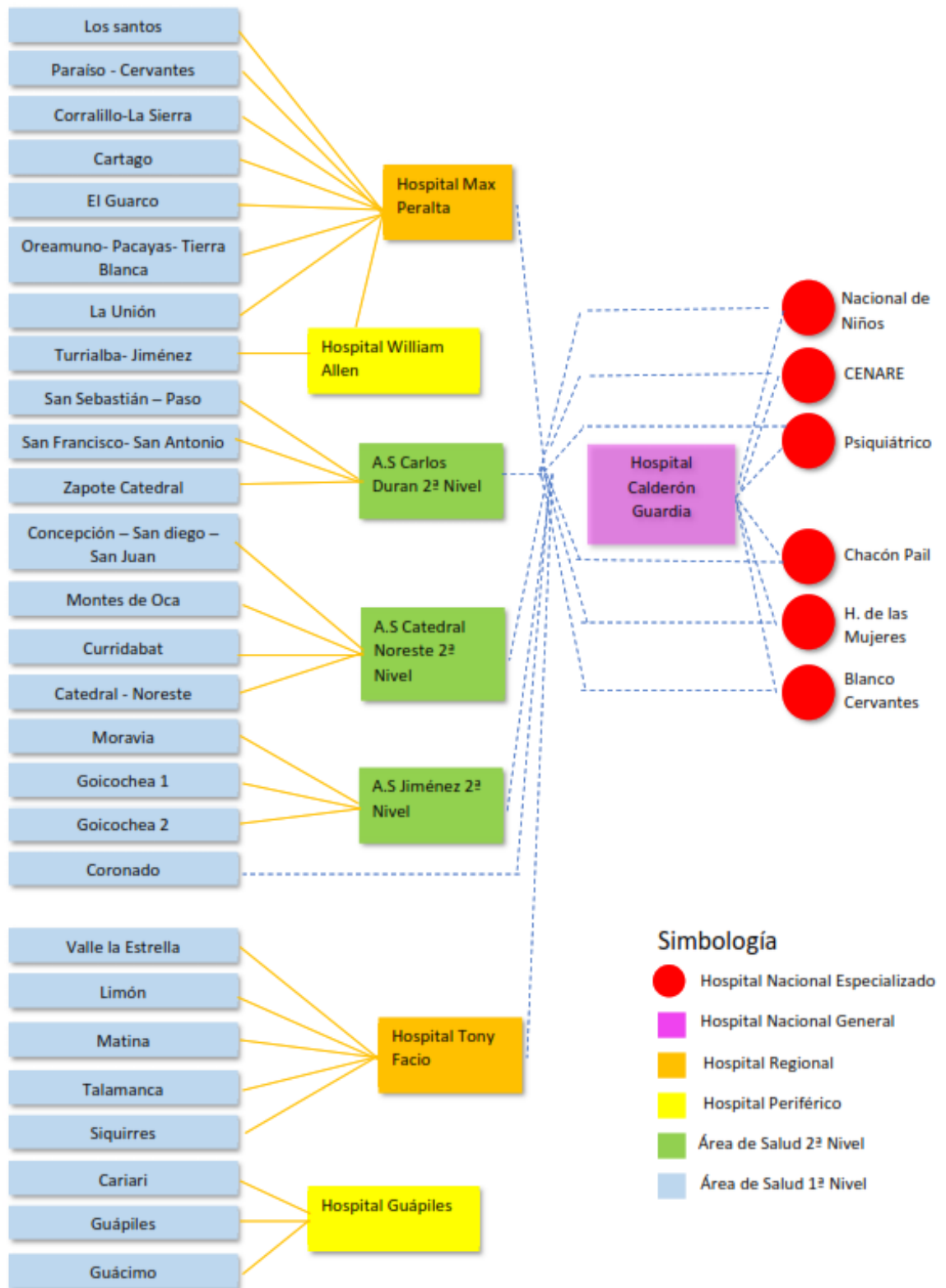
5.1.3 Operaciones y logística: gestión intrainstitucional EBAIS del Área Este (logística)

Parte de la estrategia de salud implementada por la CCSS radica en la conformación de EBAIS para la atención primaria de pacientes. Ello permite descongestionar las áreas de emergencias de los hospitales, tanto nacionales, como periféricos, y que los médicos de estos centros se concentren en atender las urgencias a partir del código amarillo conforme el sistema canadiense. El Área de Análisis y Proyección de Servicios de Salud se encarga de la contabilización de EBAIS a nivel nacional, y de acuerdo con la OCDE, para el 2017, se contabilizaban 1094 unidades, las cuales responden a una región de salud, así como a un hospital según su ubicación geográfica (2017, pág. 23).

La red a la que pertenece el HDRACG es la Red Este. Ésta cubre la Región Central Sur y la Región Huetar Atlántica. La Región Central Sur está conformada por 32 áreas de salud y 372 EBAIS; mientras tanto, la Región Huetar Atlántica es atendida por 8 áreas de salud y 116 EBAIS,

aproximadamente (Caja Costarricense de Seguro Social, 2019, p.20). En comparación con datos anteriores, se observa el aumento de centros médicos para atender a la población conforme pasan los años. Asimismo, ciertos hospitales nacionales especializados, que forman parte del tercer y último nivel de atención, pertenecen a la Red Este y se apoyan, por jerarquía, en el HDRACG de ser necesario (ver figura 16).

Figura 16 Red de Servicios Este



Fuente: Observatorio Nacional de Recursos Humanos en Salud, 2010

Si bien la red de servicios médicos establece la diferenciación de hospitales nacionales de acuerdo con su lugar de procedencia, refiriéndose al Servicio de Emergencias, el HDRACG está en la facultad de atender a cualquier ciudadano del país, así como recibir pacientes de otros hospitales, EBAIS, o áreas de salud que requieran atención médica con equipo especial.

Por esta razón, la coordinación de redes debe responder eficientemente para asegurar la salud del paciente, ya que no solo se reciben 488 EBAIS aproximadamente alrededor del país, sino que restan 606 con su respectiva población.

De acuerdo con el Anuario Estadístico 2017, y como se contabiliza en el cuadro 2, un 18,54% de las emergencias en el HDRACG fueron no urgencias, es decir, más de veintidós mil atenciones se podían atender en EBAIS (CCSS, 2018). Lo anterior, a nivel diario, representa un promedio de 60 atenciones donde el recurso humano y material se desperdicia, impide o ralentiza la atención para otras personas.

Desde otra perspectiva, no solo el equipo médico o personal especializado forma parte de las razones por las cuales los pacientes deben acudir al Servicio de Emergencias; en ese sentido, las atenciones no urgentes que se dan en los hospitales se producen, en la mayoría de los casos, por una deficiente o nula gestión médica por parte del EBAIS, donde las personas usuarias presentan molestias persistentes, no se les brinda un diagnóstico o tratamiento adecuado, o bien, no logran agendar una cita médica, lo cual genera retrasos y acumulación de pacientes en el servicio. En este aspecto,

se involucra, entre otras áreas, la gestión de recursos humanos, la logística de transporte de usuarios (de ser requerido), la utilización de tecnologías (en el caso del EDUS) para registrar los procedimientos realizados, y la financiera al incurrir en un doble gasto por ciudadano.

5.1.4 Operaciones y logística: gestión logística Cruz Roja/paramédicos en el traslado de pacientes

Históricamente, la Cruz Roja ha sido pionera en el país brindando servicios de atención prehospitalaria y traslados interhospitalarios alrededor del país. Con una flotilla de 600 ambulancias aproximadamente y más de 1000 funcionarios, se considera uno de los mayores proveedores de servicios médicos del país.

Sumado a ello, la empresa privada trabaja bajo remuneración a la atención de pacientes, tales como:

- Emergencias Médicas, a nivel de la GAM
- Provida Paramédicos
- Ambulancias y Paramédicos Costa Rica
- Life Support
- Trasmedic Ambulancia
- Línea Vital de Costa Rica, en las regiones de Quepos y Atenas

Al existir diversos servicios de atención prehospitalaria, se requiere de una coordinación integral y eficiente que responda a la necesidad de salvar vidas. Por esta razón, se plantea el Sistema Nacional de Atención de

Emergencias Médicas (SINEM), el cual surge como un “modelo de atención desde un despacho único de llamadas, el hoy conocido como 911” (Cruz Roja, 2019). Asimismo, se conforma como el centro único de llamadas que conecta los servicios de paramédicos con los centros de emergencia hospitalarios, de tal forma que la comunicación entre estas dos instancias permita no solo la preparación operativa para recibir a las personas pacientes, sino su correcta atención médica.

Éste ha sufrido modificaciones conforme a los lineamientos que brinda el Ministerio de Salud, principalmente con el establecimiento del Reglamento de Atención Prehospitalaria de Pacientes en Costa Rica, definido en conjunto con la Cruz Roja en 2008, que regula la coordinación intra e interinstitucional con los centros hospitalarios del país de la entrada de pacientes al Área de Emergencias.

La forma de informar se establece por medio de radioperadores, los cuales indican al servicio de paramédicos la unidad de transporte necesaria para la atención del paciente considerando su grado de complicación, ya sea básica, intermedia o avanzada; asimismo, se transmite la información a los hospitales sobre aspectos como tipo de accidente, cantidad de pacientes, padecimiento y hora de llegada con el fin de corroborar que el Área de Emergencias posee los implementos correctos para brindar la atención, así como el espacio disponible para pasarlo al debido tratamiento (artículos 22-24).

En ese sentido, si una de las partes falla en la comunicación, los paramédicos, ya sea por tema de tiempo real de respuesta o por sobrepoblación en el Área de Emergencias, corren el riesgo de retrasar la atención de la persona paciente al tener que transportarse hacia otro centro médico o darle los cuidados requeridos mientras es ingresado a triaje o atención.

Ante la llegada del COVID-19 al país y el vertiginoso aumento de contagios y casos graves que requieren hospitalización, el Centro de Operaciones del CEACO ha cumplido un papel fundamental con su equipo COV-19, que maneja la coordinación con las distintas autoridades como Bomberos, Cruz Roja, Policía de Tránsito, Fuerza Pública para el traslado de pacientes de su casa de habitación al hospital y el desecho de equipo y materiales biopeligrosos por medio de protocolos operativos que resguarden la calidad en el proceso de acción (Coto, 2021).

En paralelo, parte de los cambios implementados por el servicio de paramédicos por la pandemia por COVID-19 ha sido el proceso para abordar pacientes contagiados y que necesiten traslado al centro médico más cercano; esto es regulado por el “Lineamiento general para el traslado prehospitalario de pacientes en el marco de la alerta sanitaria por Coronavirus (2019-nCoV)”, que indica el tipo de protección por utilizarse, los implementos de limpieza para desinfectar la unidad, el aviso al despacho sobre el traslado del enfermo y la manipulación de los insumos luego de su uso.

Este proceso de movilizar al paciente al centro médico genera eventuales retrasos en la atención de personas no contagiadas, las cuales continúan presentándose al Área de Emergencias para atención de otros padecimientos.

Por ello, en términos de eficiencia, se necesita manejar una sincronización en la flota para dar abasto, especialmente, durante la pandemia y cuando se presentan picos de contagios que generan saturación del servicio. Lo anterior con el fin de atender con éxito llamadas de emergencia por parte de los paramédicos y de los doctores que esperan al paciente en el hospital.

En términos de calidad, las sedes administrativas deben tener el equipamiento necesario para suplir las unidades transportadoras cada vez que se requiera, en especial, mascarillas quirúrgicas o KN95, batas protectoras, guantes y equipo especializado como camillas y ventiladores para los casos más severos.

Considerando los aspectos generales operativos y logísticos, se procede a continuar con la tercera línea de estructura enfocada en las áreas de apoyo.

5.1.5 Áreas de apoyo: recurso humano

Como se ha mencionado anteriormente, el hospital es un organismo vivo. Se confiere como un sistema que requiere del correcto funcionamiento de todas las partes para ejecutar sus funciones de manera óptima, el Área de Emergencias del HDRACG no es una excepción a la regla.

El recurso humano se considera un aspecto clave en la prestación de los servicios del Área de Emergencias. Esta área está conformada por el personal de mantenimiento, el personal administrativo y el personal médico. Dentro del hospital, se trabajan, de manera entrelazada, las tres áreas y en forma sinérgica para el desarrollo de las actividades que permiten la prestación del servicio.

La demanda de trabajo aumenta significativamente y algunos de los funcionarios terminan por ejercer el rol administrativo y el de atención médica. El trabajo es tan arduo que muchos de estos médicos terminan solicitando apoyo administrativo de otros médicos para cumplir con las tareas diarias.

La demanda excesiva de trabajo puede provocar deterioros en la calidad de los resultados obtenidos. La salud del recurso humano se puede ver fuertemente abatida debido a las cargas tan grandes de trabajo en las personas que se encuentran inmersas. El deterioro físico y mental puede llegar a ser muy significativo a mediano y largo plazo.

Como segundo punto, se recuerda que el personal que trabaja en esta área cumple un rol interdisciplinario. Es decir, en del gremio médico que atiende las emergencias, hay una gama amplia de especialistas que, dentro de sus diversas áreas, atienden diferentes patologías. La sinergia es un aspecto esencial dentro del recurso humano para que la logística interna facilite la fluidez en un servicio de vital importancia como la atención de emergencias.

Otro tema para tener en cuenta en el factor del recurso humano radica en la rotación constante que existe dentro de las áreas del hospital. En otras palabras, los roles cambian en cada equipo de trabajo, ya que los puestos son asignados de manera rotativa. De este modo, es imprescindible que el recurso humano sea flexible y versátil para poder atender las necesidades propias de cada rol.

La cantidad desmedida de trabajo y las demandas complejas que exige trabajar en el hospital generan estrés en las personas colaboradoras. Esto sumado a la responsabilidad asignada a todas las personas en lo relacionado con la atención a la salud genera un ambiente organizacional pesado y hostil.

De acuerdo con las consultas realizadas a las jefaturas de cirugía, las interacciones interpersonales en el ambiente de trabajo se ven afectadas por roces o diferencias, comportamientos hostiles y subgrupos que afectan al equipo de trabajo. Por lo tanto, se ve directamente afectada la salud mental y emocional de las personas.

Por su parte, en el hospital, no se han observado proyectos para atender estas situaciones. Actualmente, se cuenta con la atención de medicina laboral, la cual se encarga de brindar asistencia y tomar acciones para atender las necesidades, relacionadas con el tema de salud, de sus colaboradores. Sin embargo, no se utiliza este recurso con frecuencia por estas personas debido al desconocimiento o falta de tiempo, a pesar de ser producto del esfuerzo en conjunto del Departamento de Medicina Laboral

junto con la jefatura pertinente para el colaborador que solicite la ayuda. Se realiza un plan para desarrollar actividades que permitan la mejora de la salud de las personas pacientes o colaboradoras.

Como mencionan las jefaturas de cirugía, esta práctica no se realiza regularmente, ya que, a nivel de cultura organizacional, se cree que es una forma como las personas colaboradoras evitan trabajar, de manera que las jefaturas no suelen dar el apoyo que amerita. También, dichas personas, al verse en este foco del prejuicio, deciden no ser partícipes de estos espacios, por lo tanto, su malestar se vuelve un tema crónico.

Sobre la misma línea, un factor que ha afectado al recurso humano últimamente y que está relacionado con la pandemia por COVID-19 se refiere al estrés causado por el nivel de riesgo, lo cual ha dejado secuelas en el personal. Las jefaturas de cirugía comentan que hubo una acción de contingencia por parte de la Sección de Psiquiatría y Psicología, la cual decidió atender las preocupaciones del recurso humano del HDRACG; esto mediante talleres que se realizaron al inicio de la emergencia nacional, los cuales consistían en formar pequeños grupos de trabajo para que cada persona expresara sus principales preocupaciones en relación con la crisis. Sin embargo, la medida quedó como una acción aislada, pues no se ha vuelto a realizar ninguna diligencia para mitigar los impactos en la salud mental y emocional de las personas colaboradoras.

5.1.6 Área de apoyo: compras y proveeduría

Una de las funciones más esenciales en el momento de relacionar el proceso logístico con el servicio de emergencias es proveeduría y compras, las cuales están adscritas a la Gerencia de Logística. Por lo tanto, para brindar el servicio de emergencias, el hospital debe abastecer de insumos a dicha área; en términos presupuestarios, a nivel general, la distribución de la CCSS llega a ser aproximadamente de ¢128.000.000.000 por año, con un inventario permanente de ¢36.000.000.000 y un presupuesto de operación de ¢3.900.000.000 (UCR/CICAP/ GS1, 2013). Para administrar esta operación, se creó el Sistema de Gestión de Suministros (SIGES). Este sistema se utiliza desde el 2014 y tiene como objetivo “elevar el control, hacer más eficiente el suministro de los insumos y evitar demoras en la cadena de abastecimientos de jeringas, guantes, suturas, ropa, algodón, mascarilla, suero, medicamentos (...)” (Presidencia de la República de Costa Rica, 2014, párr. 2).

De acuerdo con lo indicado por los encargados del proceso de abastecimiento de insumos en el área y gracias al sistema implementado, se ha logrado que el proceso de compras esté debidamente mapeado y estandarizado. Dicho proceso se utiliza para la obtención de todos los insumos del hospital, por lo tanto, al tener un método estandarizado de compras, se evitan los errores causados por la improvisación y los posibles contratiempos que puede tener un método desordenado.

Sin embargo, aunque existe una estandarización, ésta no llega a ser suficiente por sí misma, pues continúa dependiendo del factor humano para alcanzar resultados óptimos, donde es necesaria la comunicación constante entre quienes participan del proceso y se torna fundamental. Los encargados a nivel hospital son conscientes de esta situación, por lo que, como recurso principal, se mantienen reuniones y cronogramas programados de revisión.

Como se mencionó anteriormente, el hospital cuenta con un presupuesto anual destinado específicamente a la obtención de insumos. Este presupuesto es emitido por parte de la Proveduría de Bienes y Servicios. Dicho presupuesto tiene la característica de ser flexible y puede variar según se considere pertinente. Estos ajustes se revisan en forma mensual o trimestral por parte de las jefaturas de cada departamento en contraposición a los indicadores de gestión. Esta práctica permite adecuar los insumos conforme la demanda que se esté experimentando durante ese momento.

Asimismo, la Proveduría se encarga de obtener todos los recursos del hospital de acuerdo con las funciones otorgadas por el Reglamento General de Hospitales Nacionales (artículos 215-223) a través de la contratación administrativa. Dentro de los productos solicitados, existen dos tipos: las compras por demanda y las compras de menor cuantía; para cada una de ellas, se realiza un concurso diferente siguiendo los lineamientos legales.

En caso de que el producto sea compra por demanda, al continuarse solicitando, se realiza un solo concurso en el cual el proveedor se compromete a ofrecer los suministros según vaya necesitando el hospital. Generalmente, este tipo de compras se destina a productos de consumo masivo.

Por otra parte, en el caso de los productos de menor cuantía como equipos especializados, instrumental quirúrgico no desechable, entre otros, se abre un proceso cada vez que se realice la compra. En este caso, se evalúa cada proveedor y se adjudica a la mejor oferta, buscando la eficacia y la eficiencia en la obtención de los insumos. Considerando que la prioridad es mantener abastecido al hospital para satisfacer los requerimientos de cada una de sus áreas, en la actualidad, se cuenta, aproximadamente, con 15 proveedores, los cuales se renuevan en forma anual.

Operativamente, en la gestión interna, una vez obtenidos los insumos con los que se abastecerán las diferentes áreas del hospital, éstos son almacenados y, posteriormente, distribuidos en concordancia con las solicitudes emitidas por cada sección.

De esta forma, uno de los entrevistados encargados de este proceso menciona que, al contar cada departamento con su propio centro de almacenamiento, permite que el proceso sea ágil y rápido, lo cual es determinado de acuerdo con los tiempos de respuesta que mantiene cada área). Esto porque se abastece a sí mismo de acuerdo con las necesidades diarias, sin embargo, el proceso de control y reabastecimiento para las

bodegas se destaca como un aspecto por mejorar debido a los requisitos y controles que se deben presentar. Lo anterior genera un mayor recargo de funciones.

En cuanto a la capacidad instalada en cada bodega, la cual está sujeta a la infraestructura del hospital, se menciona, como principal limitante, que no supera el lapso de una semana de abastecimiento. Por lo tanto, es necesario mantener un control adecuado del comportamiento de los productos.

Para el momento cuando la COVID-19 comenzó a propagarse, las unidades de Proveeduría se vieron en la obligación de aumentar los insumos normalmente almacenados. Por esta razón, cada jefatura elaboró un informe a la Gerencia de Logística con el fin de readecuar el nivel de inventario establecido contra la nueva demanda y realizar las compras pertinentes.

5.1.7 Área de apoyo: servicios especializados

Como se ha descrito con anterioridad, el Área de Emergencias trabaja en conjunto con otras áreas, por lo tanto, influye el rol desempeñado por los equipos que trabajan de manera paralela para asistir al Servicio de Emergencias. Estas áreas son las especializadas en tratar diferentes patologías.

Emergencias tiene la primera interacción con los pacientes del hospital. En ese sentido, el equipo médico, específicamente, los emergenciólogos se

encarga de recibir y estabilizar a la persona paciente. Por consiguiente, se recibe a personas con padecimientos varios y diferentes grados de urgencia; debido a esto, también dicho equipo es el encargado de valorar y clasificar cada caso.

Si bien el Área de Emergencias se encuentra en la capacidad de dar los primeros cuidados a las personas que ingresan, éstos pueden considerarse generales debido a la variabilidad tan grande de estados en los que se puedan encontrar. En estos casos, intervienen los servicios especializados.

Luego de que las personas pacientes son clasificadas de acuerdo con el nivel de gravedad como se encuentre, el personal médico se encarga de identificar la patología y de trasladar al o la paciente a una unidad interna dentro del mismo hospital (unidad de cuidados intensivos, sala de partos, sala de operaciones, entre otros). De esta forma, los servicios especializados actúan de manera coordinada con el Área de Emergencias.

La jefatura del Servicio de Emergencias percibe en este proceso un potencial aspecto por mejorar, pues identifica como deficiente el manejo del tiempo en el traslado de los pacientes a cada unidad. Esto es de vital importancia, ya que se considera un factor que trae consigo problemáticas en cadena, entre ellas, la saturación de las camas del Área de Emergencias. Esta situación provoca que la atención de otros pacientes se dificulte. En relación con ello, causa un posible agravamiento de los padecimientos, los cuales pueden llegar a aumentar si no son atendidos por el especialista en un tiempo prudencial; lo anterior resulta alarmante,

pues, de acuerdo con lo mencionado por la jefatura, algunos casos pueden llegar a ser mortales.

5.2 Análisis de riesgos con base en los factores críticos que inciden en la calidad y eficiencia del servicio.

Basado en la normativa técnica, un riesgo, en términos generales, puede definirse como la “probabilidad de ocurrencia de un evento originada por la exposición a una amenaza” (BASC, 2017, p. 8); en el momento de colocar en contexto cada uno de los factores críticos, y éstos, a su vez, influir en el servicio, se establece un nivel de riesgo operativo, el cual es representado cuantitativamente para el servicio y permite priorizar las acciones por realizar.

Parte de la planeación estratégica del HDRACG radica en realizar una correcta identificación de riesgos con el propósito de definir los problemas que se pueden presentar en el transcurso del año.

Para el Servicio de Emergencias, se han identificado doce riesgos con base en los datos recopilados y entrevistas realizadas a personas colaboradoras encargadas de diversos procesos en el área. En el cuadro 7, se pueden identificar por su impacto y probabilidad de incidencia

Cuadro 7 Análisis de riesgos en el Servicio de Emergencias

+					+
Impacto del riesgo	Crítico	Recurso humano con capacitación deficiente o nula	Fallos en los sistemas de tecnología		Saturación de servicios médicos, tanto internos, como externos
	Alto	Descontento por parte del personal médico y administrativo	Disponibilidad de camas hospitalarias o infraestructura insuficiente	Falta de proveedores para la adquisición de insumos médicos	Recurso humano (médicos especialistas) no disponible
	Medio	Coordinación deficiente con áreas o servicios	Reducción de ingresos- recorte de presupuesto por mala planificación	Falta de equipo de protección personal	Falta de medicamentos o equipo
	Bajo			Daños a infraestructura hospitalaria y equipo médico	
	Niveles	Bajo	Medio	Alto	Crítico
-	Probabilidad de riesgo				-

Fuente: Elaboración propia de las investigadoras para efectos del presente trabajo investigativo

De acuerdo con su impacto, los siguientes aspectos se pueden identificar en el nivel más crítico:

- Saturación de servicios médicos, tanto internos, como externos
- Recurso humano (médicos especialistas) no disponible
- Falta de medicamentos o equipo

Uno de los riesgos más críticos a nivel salud corresponde a la saturación de servicios médicos, tanto internos, como externos. Tal como se desarrolla en capítulos anteriores, la incidencia de este riesgo es crítica por causa de la cantidad de población adscrita al HGC; este factor genera una disminución en la capacidad de atención de manera abrupta, al punto de negar atención y provocar elevados índices de mortalidad en la población. Cabe destacar que, a nivel de servicios, el HDRACG se confiere como uno de los más completos a nivel país. Consecuentemente, las afectaciones ante estos escenarios pueden ser muy graves.

Sobre la misma línea, de acuerdo con las estructuras y directrices emitidas para los centros de salud por parte de la CCSS, uno de los factores que más afecta la atención se determina por la falta de profesionales especializados como anestesiólogos y emergenciólogos, ya que, sin ellos, por protocolo del hospital, no se permite brindar la atención de una emergencia ante el peligro de una mala praxis. Se cataloga como un riesgo de alta probabilidad por la escasez de especialistas contratados. De

acuerdo con datos de la CCSS (2020), se cuenta con aproximadamente 15 médicos especialistas en Emergencias del Hospital Calderón Guardia; por este motivo, es esencial estructurar, previamente, los equipos de trabajo y el personal alterno que pueda colaborar si alguno de los médicos falta.

Como tercer riesgo, se encuentra la falta de medicamentos o de equipo. Este riesgo es de probabilidad media por la dependencia directa de los proveedores y la creencia de la población de que los recursos públicos son ilimitados. En un escenario de pandemia como la COVID-19, uno de los primeros retos fue ampliar la eficiencia del uso de los recursos a través de controles operativos y la redirección de los presupuestos ante la emergencia para compras de equipos, recurriendo también a recursos de otras instituciones, donaciones, entre otros.

En un nivel alto de impacto, se encuentran los siguientes aspectos:

- Falta de proveedores para la adquisición de insumos médicos
- Falta de equipo de protección personal
- Daños a infraestructura hospitalaria y equipo médico

Entre los riesgos de más alto impacto, se encuentran los catalogados directamente a los recursos que permiten brindar el servicio. De acuerdo con entrevistas realizadas a los encargados de área, parte del proceso de planificación incluye tener un mapeo de los proveedores para instrumental médico, insumos médicos básicos, equipo de protección personal, los

cuales se realizan a través de licitaciones y compras directas. En ese sentido, un faltante de alguno de estos factores impide que se dé un servicio de calidad, además de aumentar el riesgo de contagios, tanto del personal, como de los pacientes.

En relación con lo anterior, también se establece, como riesgo de alto impacto con probabilidad media, la falta de equipo de protección personal, considerándose que, si se presenta, la salud de los profesionales se ve en un potencial riesgo.

Por otra parte, el daño a la infraestructura se cataloga de baja probabilidad, pero de alto impacto, ya que, en caso de no contar con un espacio apto para la atención, se aumentan las probabilidades de mortalidad para los pacientes. Cabe destacar que la incidencia de este riesgo ante una emergencia masiva aumenta considerablemente, por ejemplo, cuando se producen desastres naturales, o bien, cuando se presentó el incendio de la Torre Norte en 2015, debido a que la demanda del servicio también se incrementa.

En un nivel medio, se establecen como riesgos de impacto los siguientes:

- Reducción de ingresos-recorte de presupuesto por mala planificación
- Disponibilidad de camas hospitalarias o infraestructura insuficiente
- Fallos en los sistemas de tecnología

Al profundizar en la asignación de presupuesto a los hospitales, centros de salud y servicios, queda definida la importancia de la conexión entre los aspectos estratégicos y operacionales. Debido a que el financiamiento de la CCSS es principalmente por contribuciones sociales, el planificar o proyectar el uso de recursos de manera inadecuada puede generar que los alcances se vean limitados. Se cataloga como un riesgo medio, ya que se cuenta con fondos especiales, los cuales, ante una razón justificada, se solicitan. Considerando lo anterior, es relevante mencionar que los escenarios en el sector salud son dinámicos, por lo cual la flexibilidad de los objetivos presupuestarios está presente a lo largo del año.

En un aspecto más logístico, se identifican la oferta y la demanda del servicio con el factor de la disponibilidad de camas hospitalarias e infraestructura insuficiente como factores de alta probabilidad. Como se mencionó anteriormente, el daño a la infraestructura confiere un riesgo de alto impacto, sin embargo, se diferencia de la disponibilidad de camas y equipos, ya que, en este aspecto, influye también la interrelación y el proceso de atención de los pacientes en los EBASIS o servicios especializados. Por lo tanto, realizar una verificación de la coordinación interinstitucional permite disminuir el congestionamiento del servicio maximizando el uso de los recursos.

Entre los riesgos menos abordados a lo largo de los estudios realizados por la CCSS, la CGR y el HDRACG, se encuentra el uso de tecnologías y

sistemas. De acuerdo con las entrevistas realizadas, desde el 2019, se ha dado un aumento importante en el uso de sistemas tecnológicos, principalmente para gestión y control de procesos como compras, recurso humano y consulta de expedientes, etc., con el fin de eliminar la documentación física y ampliar el acceso de la información. Ante una falla del sistema provocado por mal uso o programación defectuosa, datos importantes podrían perderse o afectar directamente al usuario. En particular, perder una cita agendada a través del EDUS se considera de probabilidad crítica, pues, al no contar con estadísticas o información que monitoreen la eficiencia de las herramientas, los fallos pueden ser más frecuentes.

Por último, de bajo impacto, se encuentran riesgos como:

- Recurso humano con capacitación deficiente o nula
- Coordinación deficiente con áreas o servicios
- Descontento por parte del personal médico y administrativo

Entre los riesgos de menor impacto, se catalogan temas referentes al recurso humano, dado que, a nivel de la CCSS, la mayoría de los procesos está estandarizada y mapeada, por lo cual resulta sencillo que los colaboradores cumplan con los protocolos y directrices; no obstante, la alta rotación y el dinamismo del servicio, sobre todo en el Área de Emergencias, provoca cambios que requieren una rápida adaptación. El no contar con

personal capacitado puede generar errores en la línea del regular del proceso, lo cual ocasiona que la atención sea menos eficiente.

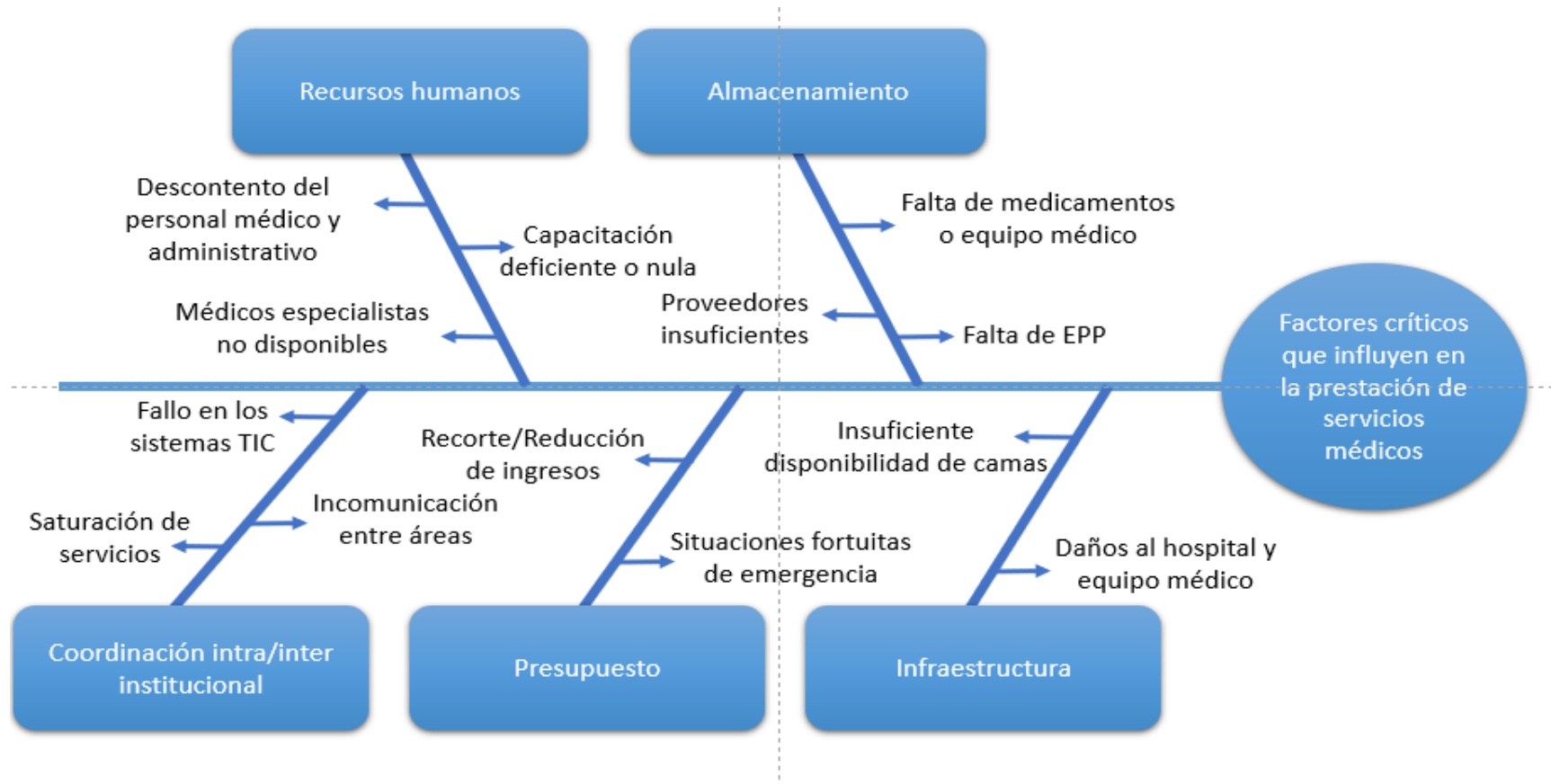
Continuando en el mismo enfoque, otro riesgo potencial es el descontento por parte del personal médico y administrativo, el cual presenta un impacto bajo. Aunque se presente, el servicio puede continuar funcionando; no obstante, no atenderlo provoca que las personas colaboradoras médicas, enfermeras y auxiliares disminuyan su eficiencia y calidad en el momento de prestar la atención. Concretamente, como parte de los comentarios indicados por las personas colaboradoras entrevistadas, se menciona la brecha de formación profesional que llega a generar roces entre el personal. Dicho aspecto no se toma en cuenta con frecuencia al no afectar directamente a la persona usuaria/paciente, pero sí a las jefaturas que, al planificar jornadas laborales, encuentran obstáculos para estructurar los equipos de trabajo. Asimismo, cuando hay saturación de trabajo, el estrés y el cansancio provocan fallas en el proceso de atención.

Por último, se identifica como riesgo la coordinación deficiente con áreas o servicios, tanto internos, como externos; a nivel de proceso, existen jefaturas encargadas de dar instrucciones con el fin de mantener una línea ordenada de acción. No obstante, mantener una comunicación nula o no contar con información de primera mano sobre disponibilidad de camas, equipos o espacio ante una emergencia urgente significa que la atención

de pacientes sea directamente afectada; en consecuencia, aumenta la probabilidad de saturación en los servicios como Emergencias.

Si bien cada uno de los riesgos se maneja individualmente, para mitigar el impacto que éstos pueden generar, el identificar la relación que poseen con un área permite contar con una orientación para la toma de decisiones y, con ello, mejorar el desempeño de los planes de emergencia. En la figura 17, se representan dichos riesgos como factores críticos que influyen en la calidad de la prestación de servicios médicos.

Figura 17 Diagrama de Ishikawa



Fuente: Elaboración propia de las investigadoras para efectos del presente trabajo investigativo

Es menester indicar que los riesgos mencionados no conforman los únicos que pueden incidir en la calidad y eficiencia del servicio, sin embargo, abarcan los principales aspectos técnicos y factores críticos que influyen en la prestación del servicio.

5.3 Planes de contingencia para la atención de riesgos

Con la llegada de la COVID-19 como emergencia nacional al país en el 2020, surgieron riesgos nuevos, razón por la cual los procesos existentes sufrieron variaciones para dar abasto con la atención. Debido a que la pandemia sigue vigente en el país y continuamente hay nuevos lineamientos y directrices, carece de prudencia realizar un análisis de la situación; sin embargo, se pueden mencionar algunas acciones realizadas que permitieron la continuidad del servicio hasta la actualidad sin incidencias mayores.

A continuación, se exponen algunas de las acciones realizadas antes y durante la COVID-19 como planes de contingencia ante los riesgos expuestos:

5.3.1 Acciones antes de COVID-19

La atención de emergencias masivas se realiza por medio de un *Comando Operativo de Emergencias (C.O.E)* instaurado desde el 2016, al cual pertenecen las jefaturas de los distintos departamentos médicos y administrativos; por medio de un esquema de trabajo, se establecen los

lineamientos por seguir para atender una emergencia masiva en jornada extraordinaria. De acuerdo con el documento SDG-745-10-16 emitido por la Subdirección General del HDRACG el 28 de octubre del 2016, el equipo de trabajo administrativo está conformado por las siguientes personas colaboradoras:

- Director(a) y subdirector(a) general del Hospital
- Subdirector(a) de Enfermería
- Jefatura Sección de Cirugía
- Jefatura Sección de Medicina
- Jefatura Sección de Gineco-obstetricia
- Jefatura Sección de Neurociencias
- Jefatura Sección de Hemato-oncología
- Jefatura Servicio de Emergencias
- Dirección de Enfermería
- Dirección Administrativo-Financiera
- Subdirección Administrativo

Asimismo, el equipo de trabajo de primera respuesta está conformado por:

- Jefatura de Guardia en Emergencias
- Supervisor de Enfermería en Emergencias
- Supervisor de Ingeniería de turno
- Coordinador de Terapia Respiratoria de turno
- Jefatura del Banco de Sangre

- Coordinador de Vigilancia de turno
- Coordinador de Brigada de turno

En dicho documento, se exponen los lineamientos por seguir para brindar una atención eficiente considerando el daño a la infraestructura, faltante de personal o equipos como los riesgos de más alta probabilidad. Por otro lado, hace énfasis en que, en el caso de una emergencia masiva, la gestión no solo se debe dar a nivel interno, sino que la institucionalidad se vuelve fundamental en el logro de resultados. Para el HDRACG como hospital nacional, éste adquiere un papel preponderante al poseer un flujo aumentado de personas internadas en salón y cuidados intensivos. Ello representa una alerta roja en el manejo adecuado de personal, abastecimiento de medicamentos y equipos de protección, y limpieza del lugar, entre otros aspectos.

En términos de capacidad hospitalaria, ante el amplio territorio que atiende el HDRACG, la junta directiva toma la decisión de invertir en infraestructura que ayude a compensar el faltante de espacio que poseía el hospital en estudio luego del incendio en el 2015. Por ello, comienza la construcción de la Torre Este, anexa al hospital, lista para inaugurar en el año 2020. Con respecto a esta obra, el presidente ejecutivo de la CCSS, el Dr. Román Macaya, indica que:

Aumentará su capacidad de resolutive y su complejidad, toda vez que tendrá más camas, modernas unidades de cuidados intensivos

neonatales y quirúrgicos y adicionalmente, un centro de imágenes médicas digitales con el que revolucionará la capacidad diagnóstica y terapéutica del citado establecimiento de salud (Presidencia de la República, 2019, párr. 2).

Si bien esta torre beneficia en su mayoría la atención de Consulta Externa, y aumenta la capacidad para dar apoyo médico a los hospitales nacionales y periféricos, contará con servicios modernos en el área de partos, rayos X, cirugía, entre otros, los cuales serán de vital beneficio para Emergencias, tomando como punto de referencia el histórico de atenciones en estas áreas.

En términos de almacenamiento, en noviembre de 2020, se estrena oficialmente el Almacén Local de Medicamentos adjunto a la Torre Este del HDRACG, como una obra de mejoramiento de infraestructura y atención de pacientes que complementa y mejora “la administración, flujo de productos y abastecimiento oportuno de medicamentos, materia prima, implementos médicos, papelería, y otros insumos y suministros para el centro” (Periódico Mensaje, 2020, párr. 3). Esta moderna estructura cuenta con 125mts² y una estructura acordada por las jefaturas del hospital junto con ingeniería, con el fin de abastecer a los distintos departamentos como sea conveniente. Asimismo, posee cámaras de enfriamiento, sistemas de alarma contra incendios, conexión a una planta eléctrica de emergencia y un sistema que permite ingresar las entradas de insumos, cantidades y destinatarios.

Otras acciones que se han realizado en una menor medida y a nivel nacional son los cuestionarios para medir la percepción del servicio desde las personas colaboradoras y usuarias. No obstante, los resultados obtenidos presentan resultados muy generales, por lo tanto, no se ha podido profundizar en acciones concretas.

Por último, en enero 2020, se da la intervención del presidente Carlos Alvarado en los principales hospitales del país con el fin de analizar la viabilidad del proyecto de cirugías y atención vespertina. De este caso, aún no se tiene información oficial de los resultados obtenidos debido a la crisis sanitaria que atraviesa el país a raíz de la COVID-19, lo cual implicó cambios importantes en la forma de trabajo de los centros de salud.

5.3.2 Acciones durante la COVID-19

Para la atención de la emergencia nacional provocada por la pandemia de COVID-19 la CCSS, al igual que el resto del mundo, ha tenido que movilizarse con la compra de insumos necesarios para proteger a los funcionarios tanto médicos como administrativos que luchan contra este virus; en atención a datos de la CCSS (2020) al 28 de julio se han realizado 774 procedimientos de compra y caja chica, entre los que se destacan la adquisición de productos de limpieza, equipo de protección diario facial y corporal, bolsas plásticas, etc.

El “Manual de bioseguridad para establecimientos de salud y afines” establece los casos donde se debe utilizar obligatoriamente una mascarilla

de preferencia desechable para asegurar su único uso ante los microorganismos, ya que contempla situaciones conocidas y desconocidas se aplica el principio de “manejar todo paciente como potencialmente infectado” (2012, Inciso 5.1), de tal forma que se vele primordialmente por la salud pública de los médicos, apoyo administrativo y pacientes.

En el mismo manual, se contempla la utilización de mascarillas quirúrgicas y KN95, batas, guantes, lentes y gorros para el cabello, entre otros; por lo tanto, el nivel de *stock* en los centros médicos se tuvo que adaptar para contemplar la protección personal básica de cada persona colaboradora; es menester indicar que las distintas áreas o unidades programáticas solicitan la compra acorde con las necesidades del centro de salud. En el caso del HDRACG, se presentan las siguientes partidas:

Cuadro 8 Ajustes en las partidas presupuestarias ante la emergencia nacional por COVID-19

Código	Fecha	Detalle	Monto en dólares	Monto en colones*
2020CD-000016-2101	24/3/2020	Trajes de seguridad descartables		¢20 653 348,00
2020CD-000017-2101	25/3/2020	Videolaringoscopio	\$15 200	¢8 785 600,00
2020CD-000020-2101	30/3/2020	Suministro e instalación electromecánica de sistema de aire acondicionado, mantenimiento preventivo y correctivo, y obras civiles complementarias para el Servicio de Cardiología	\$60 790	¢35 136 620,00
2020CD-000023-2101	21/4/2020	Reactivo para virus Sars Cov-2 (COVID-19)	\$108 000	¢62 424 000,00
2020CD-000025-2101	15/5/2020	Gases medicinales		¢407 620 720,50
2020CD-000026-2101	14/5/2020	Unidades médicas móviles. Equipo purificador de aire (hospital campaña)		¢92 766 986,00
2020CD-000029-2101	28/4/2020	Suministro e instalación electromecánica de sistema de aire acondicionado, mantenimiento preventivo y correctivo, y obras civiles complementarias para la habilitación del Centro de Comando Operativo de Comunicaciones para traslado de pacientes de COVID-19	\$37 680	¢21 779 040,00
2020CD-000039-2101	25/6/2020	Reactivo para determinar Sars CoV-2 COVID-19	\$48 000	¢27 744 000,00
2020CD-000044-2101	6/7/2020	Reactivo para determinar Sars CoV-2 COVID-9		¢96 000,00
2020CD-000048-2101	7/7/2020	Kit de circuito para alto flujo descartable para adulto		¢69 575 000,00
2020CD-000042-4402	12/10/2020	Objetos varios para medicamentos y ropa	\$129 516	¢74 885,68
2020CD-000031-4402	5/8/2020	Reforzamiento red de oxígeno Torre Este para COVID-19		¢35 891 780,60
2020CD-000049-4402	13/10/2020	Esterilizador para centros de equipos Torre Este para COVID-19	\$403 000	¢232 934,00
2020CD-000052-4402	27/10/2020	Monitores de signos vitales para COVID-19	\$84 947,06	¢49 099 400,68

*Tipo de cambio: 578

Fuente: Elaboración propia de las investigadoras con datos de CCSS,

2020

Al analizar la situación mundial de saturación de los hospitales debido al virus, se toman medidas drásticas que respondan a la demanda de camas que produce la ola pandémica, proyectando como resultado “la meta de la CCSS [de] contar con 1 345 camas, de las cuales 359 serían para la atención de pacientes que requieran cuidado intensivo” (Macaya, citado en Bustamante, 2020).

Para cumplir con lo anterior, se realiza la división del HDRACG en dos alas, donde una funciona para tratar pacientes sospechosos y/o positivos con este virus, y la otra para realizar una articulación de atención de Consulta Externas. Ello provoca que el personal del Servicio de Emergencias se vea en la obligación de aumentar la capacidad de respuesta ante los casos urgentes que entran diariamente.

El 19 de julio de 2020, en conferencia de prensa, se anuncia que el Hospital San Juan de Dios posee dos situaciones especiales: la primera es referente a la saturación de servicios médicos, y la segunda, una transmisión comunitaria de la COVID-19 que afecta las salas quirúrgicas. Dado que los hospitales no pueden enfocarse en la atención exclusiva del virus (a excepción del Centro Nacional de Rehabilitación Humberto Araya Rojas adaptado temporalmente como el Centro Especializado de Atención de Pacientes con COVID-19), se realiza una coordinación interinstitucional a nivel de logística con el fin de asegurar la atención de emergencias a los pacientes; por ello, el Hospital México y el HDRACG se dividieron los pacientes que necesitan cirugía de emergencia conforme lo amerite el San

Juan de Dios. Este aspecto representa ajustar los lineamientos de atención del HDRACG y activar planes de contingencia (recurso humano, transporte, equipo médico, etc.) en el Área de Emergencias para atender no solo las emergencias diarias, sino los posibles enfermos del virus y cirugías del hospital vecino.

Asimismo, a días de inaugurar la Torre Este a mediados de julio 2020, se anuncia la utilización de los pisos 6 y 7, específicamente, como unidades de cuidados intensivos, dotando de 67 camas y nuevo personal médico para la atención oportuna de pacientes positivos (Dr. Macaya, conferencia de prensa, 20 de julio), y la posibilidad de hacer uso de camas en centros privados para pacientes en la situación médica que posean, amparándose en la facultad que le otorga la Ley General de Salud:

En caso de peligro, amenaza o de invasión de epidemia y de desastre provocados por inundaciones, terremotos u otra calamidad y en casos de emergencia nacional, el Ministerio podrá (...) disponer de edificios u hospitales públicos o privados, por el tiempo que el Poder Ejecutivo decreta (2015, artículo 368).

Por otra parte, el Ministerio de Salud procede a emitir acciones en acatamiento de los lineamientos internacionales con respecto a COVID-19, así como de ajuste a los procedimientos ya establecidos en una situación similar (como la gripe AH1N1), manteniendo en constante revisión las

publicaciones de nuevas investigaciones y considerando que los servicios médicos están colapsando por la ola pandémica, entre ellos, el Área de Emergencias:

Entre los lineamientos adoptados en primera instancia, se encuentran los siguientes:

- **Lineamientos nacionales para la vigilancia de la enfermedad COVID-19 (20va edición):** entre los temas manejados, se destacan el tratamiento de pacientes con síntomas relacionados al virus, tanto no diagnosticados, como diagnosticados y nexos epidemiológicos, además de la detección de casos en centros médicos públicos y privados. Por otro lado, se establecen los pasos por seguir para darles seguimiento a los casos y prevenir su agravamiento para hospitalización.
- **Lineamiento general sobre uso de mascarilla y careta a nivel comunitario en el marco de la alerta por COVID-19 (10ma edición):** en él, se indican aspectos como el tipo de mascarillas autorizadas y aprobadas para prevenir y reducir el contagio, la obligación a ciertos sectores de la población de utilizar la mascarilla en la función de sus labores y las excepciones del uso de mascarilla y reemplazo por careta.
- **Lineamientos generales para el uso de equipo de protección personal (EPP) para prevenir la exposición al COVID-19 en**

servicios de salud y centros de trabajo: basada en las referencias de la OPS y OMS, abarca no solo el equipo por usar por parte de los médicos, sino el protocolo de protección por seguir en los trabajos por parte de Salud Ocupacional y en la vida diaria, con el fin de procurar una disminución de la propagación del virus y la normalización de las actividades diarias.

Dado el nivel de contagio del virus y la gravedad a nivel mundial, la CCSS, el Ministerio de Salud, así como el HDRACG, buscaron el pronto ajuste de las acciones tomando como base otras situaciones menos invasivas que han afectado a nivel país.

De esta forma, se concluye que el hospital presenta una organización administrativa efectiva, dentro de sus posibilidades, que ayuda a mantener el Área de Emergencias con los insumos necesarios para la prestación de servicios, y por medio del análisis de riesgos se identifican los factores críticos para actuar sobre ellos y no ver afectada la atención de pacientes. Una pandemia como la COVID-19 afecta e intensifica las deficiencias en el manejo de aspectos como almacenamiento, presupuesto, coordinación y recursos humanos, por mencionar algunos; por ello, en el siguiente capítulo, se establece una propuesta de mejora para mitigar los efectos de situaciones fortuitas y brindarles a las personas usuarias un servicio de calidad.

Capítulo VI: Nuevas estrategias en la planeación de operaciones y la logística del Área de Emergencias para la prestación de servicios eficientes y de calidad, contexto post COVID-19

Como parte del análisis general del servicio, es importante considerar, como último aspecto, las posibles estrategias por aplicar en la planeación de operaciones y la logística del Área de Emergencias para la prestación de servicios eficientes y de calidad. Dadas las limitantes de la investigación, las estrategias propuestas se fundamentan en los criterios de calidad utilizados para evaluar los modelos internacionales de salud. Para este fin, es necesario fundamentarse en las normas de calidad y eficiencia propuestas por INTECO en adición a las políticas y procedimientos ya implementados por la CCSS, considerando los hallazgos evidenciados en capítulos anteriores. Ello genera, como resultado final, una guía práctica para la ejecución de un trabajo teórico-práctico posterior.

6.1 Propuestas de mejora al servicio de salud por parte de las organizaciones internacionales

A nivel mundial, existe una amplia variedad de *rankings* que permiten medir la calidad y eficiencia de un sistema de salud. De acuerdo con Llordachs (s.f.) ,hay seis criterios recurrentes en las mediciones utilizadas:

- A. Derechos de los pacientes y listas de espera
- B. Prevención

- C. Acceso a sanidad gratuita
- D. Eficiencia (soluciones a pacientes)
- E. Esperanza de vida
- F. Inversión pública en sanidad

En el caso de Costa Rica, ubicado en el puesto 36 de la media, se considera como un modelo influyente en la gestión de calidad y eficiencia de los servicios médicos, tomando en consideración los índices de la OMS. Esto se debe a que cumple con los Objetivos de Desarrollo Sostenible, establecidos en la Agenda 2030 de la Organización de las Naciones Unidas (ONU), específicamente “Salud y bienestar”, donde se busca “garantizar una vida sana y promover el bienestar en todas las edades” (Naciones Unidas, 2015). En ese sentido, la OMS, en conjunto con la OPS, gestionan un plan de acción para mejorar la calidad de la atención en la prestación de servicios de salud 2020-2025 (2019), enfocado en tres líneas estratégicas:

- Línea estratégica de acción 1: implementar procesos permanentes para mejorar la calidad de la atención a las personas, las familias y las comunidades en la prestación de servicios integrales de salud.
- Línea estratégica de acción 2: fortalecer la rectoría y la gobernanza de los sistemas de salud para desarrollar una cultura de calidad y promover la mejora sostenida en la prestación de servicios integrales de salud.

- Línea estratégica de acción 3: establecer estrategias de financiamiento que promuevan la mejora de la calidad de la atención en la prestación de servicios integrales de salud.

Tomando en cuenta que Costa Rica ha llegado a ser un modelo de gestión de alto reconocimiento, donde aun con las contingencias de la pandemia por COVID 19, no se han presentado informes que muestren criticidad en el momento de brindar los servicios. Por ende, es de suma importancia continuar realizando trabajos que impulsen la mejora continua y, sobre todo, la evolución de la atención brindada en pro de los usuarios.

Como aspectos de mejora y ligados a las líneas de acción mencionadas, la Asamblea Mundial de la Salud (órgano decisorio supremo de la OMS) propone realizar acciones concretas que amplíen el acceso de los servicios y disminuyan los posibles riesgos de la atención a través de proyecciones y evaluaciones del sistema de salud integral.

Cabe destacar que, a nivel costarricense, varias de las prácticas propuestas ya se están ejecutando. Un ejemplo de ello es la financiación sostenible al mantener fondos de emergencia y destinar porcentajes de contribución social a la mejora de sistemas de salud locales de primer y segundo nivel, lo cual permite que la atención llegue a mayor población.

Ligado a la anterior, también se ejecuta “promover, según corresponda y con arreglo al nivel de los servicios de atención de la salud —en el primer nivel asistencial y niveles superiores—” (2019, p. 4) con el proyecto de

fortalecimiento de los EBAIS, el cual es clave para disminuir la congestión que se da en los hospitales centrales.

Asimismo, entre las recomendaciones que la Asamblea Mundial de la Salud insta a las naciones a realizar, y son factibles para realizar estudios de compatibilidad en el país, se destaca, en primer lugar, la evaluación periódica de los sistemas de urgencias con el fin de detectar deficiencias y definir acciones de mejora que beneficien la atención eficaz de los pacientes.

En segundo lugar, el abordaje de las comunidades para gestionar situaciones de urgencia por medio de la coordinación interinstitucional con las áreas de salud pertenecientes a la Red Este, así como las municipalidades de los respectivos cantones involucrados en materia de capacitaciones sobre la identificación y el abordaje de las urgencias.

Por último, analizar junto a los comités locales de emergencia la susceptibilidad de las zonas a fenómenos que pongan en riesgo la salud de las personas y, por ende, la capacidad efectiva de la atención médica mediante protocolos de prevención y manejo de emergencias a nivel comunal (2019, pp. 3-5).

Para poder llevar a contexto estas acciones, se describe a continuación la línea propuesta de mejora continua al Servicio de Emergencias del HDRACG.

6.2 Estrategias en la planeación de operaciones y la logística del Área de Emergencias, para la prestación de servicios eficientes y de calidad.

Considerando el punto 18 de la estrategia y plan de acción para mejorar la calidad de la atención en la prestación de servicios de salud 2020-2025:

Las intervenciones para mejorar la calidad de la atención pueden tener un alcance amplio mediante la implementación de sistemas y modelos de gestión de la calidad (...), entre ellas, enfocarse en el apoyo a la toma de decisiones clínicas (como el desarrollo y la adaptación de guías sustentadas en la evidencia). Estas categorías se incorporan con frecuencia en los programas de mejora de la calidad, y en el nuevo paradigma deberían contemplar todos los atributos esenciales de la calidad de la atención: atención centrada en las personas, las familias y las comunidades, la seguridad, la efectividad, la oportunidad, la eficiencia y el acceso equitativo (OMS y OPS, 2019, p. 7).

Siguiendo lo anterior, se propone realizar una estrategia de mejora continua para el Servicio de Emergencias que se enfoque en la medición de la calidad y eficiencia en la planeación de operaciones y logística.

Para llevar a cabo este planteamiento, se utilizarán las bases del ciclo PHVA: Planificar, Hacer, Verificar y Actuar, donde se consideren los

aspectos técnicos identificados, los factores críticos y riesgos (ver anexo 10).

6.2.1 Primera fase: Planificar

Para la primera fase del ciclo, se plantea contemplar los aspectos básicos para realizar una contextualización del Servicio de Emergencias, considerando los cambios que han traído nuevas logísticas al proceso de atención a pacientes.

Definición de alcances: en este punto, se debe considerar la priorización de riesgos realizada de acuerdo con las necesidades del servicio para realizar una propuesta de evaluación en temas de planeación de operaciones en contraste con la atención médica a los pacientes, con el fin de presentarla como insumo de investigación al CONIS (Consejo Nacional de Investigación en Salud).

Acorde a la norma 9001: sistemas de gestión de calidad-Requisitos, para lograr una gestión de calidad adecuada, se deben considerar principios como: enfoque al cliente, liderazgo, compromiso de las personas; enfoque a procesos, mejora continua; toma de decisiones basada en la evidencia y gestión de las relaciones (p. 8).

Para ello, a nivel de prestación de Servicio de Emergencias, se propone dar como alcance a la evaluación las siguientes oportunidades de mejora:

- A. Coordinación paramédicos-hospitales: comunicación eficiente sobre estado de paciente y aviso al centro médico sobre la llegada del paciente(s).
- B. Utilización de equipo médico de protección de carácter obligatorio para cualquier padecimiento, según los lineamientos de operación del hospital, escenario post COVID.
- C. Capacitación a los colaboradores nuevos y refrescamiento al personal con más tiempo sobre procedimientos por seguir en escenarios de emergencia.
- D. Gestión de los servicios primarios de EBAIS para evitar saturación del Área de Emergencias de consultas no urgentes
- E. Evaluación y análisis en el área administrativa-operativa para mejorar la prestación de servicios desde la perspectiva interna.
- F. Profundización en los datos estadísticos enfocados en la evaluación real del servicio para toma de decisiones, prioritariamente, económicas y estratégicas.
- G. Propuestas que incluyan nuevas metodologías a nivel nacional y apertura a la investigación administrativa.

Definición de controles operacionales: como segundo punto por considerar, para medir la calidad y, sobre todo, la eficiencia por alcanzar es

importante determinar, como control operacional, los lineamientos de evaluación de calidad y eficiencia al servicio y, sobre todo, clasificar sobre cuáles criterios se quiere trabajar.

Actualmente, la medición del servicio y cumplimiento de objetivos se lleva a cabo a partir de indicadores, los cuales son estandarizados y orientan la planificación estratégica. No obstante, la proyección de la calidad y eficiencia debe abarcar una mejora que incluya metodologías operativas novedosas de trabajo, entre ellas, el enfoque de gestión de calidad para la cual se plantea el uso de herramientas que brinden un contexto más profundo del servicio.

Herramientas por utilizar

1. *Design thinking*: se define como una metodología basada en la creatividad para identificar los problemas reales de los usuarios y plantear soluciones que respondan directamente a los problemas. En la figura 18, se visualizan las fases del *Design Thinking* y su relevancia para identificar, tanto la perspectiva de los usuarios, como de los funcionarios de las áreas pertinentes.

Figura 18 Fases de *Design Thinking*

Institute of Design at Stanford



Fuente: Adnadmin, Bussiness ADN, s.f.

En el desarrollo de cada uno de los conceptos del *Design Thinking*, se pueden utilizar herramientas como las que se destacan a continuación:

- *Custom Journey Map*: esta herramienta se define como el recorrido de los usuarios para llegar de un punto de partida hasta el final, y con ello, determinar los pasos críticos que influyen en la prestación de bienes y servicios. En el caso del HDRACG, existe un procedimiento definido para atender a los pacientes que acudan al Área de Emergencias, y con ello, se identifican cuáles son los puntos fuertes y débiles del proceso para generar mejoras por medio de una consulta al personal estratégico.

El diagrama se compone de 5 secciones en filas: evidencia física, acciones del cliente, acciones del empleado, acciones invisibles

y procesos de reporte, descritos respectivamente: ID de elemento físico, procedimiento por realizar por el cliente, procedimiento por realizar por el funcionario, acciones que el cliente no logra ver; sin embargo, son vitales para la continuidad del proceso y los indicadores y las fuentes de cada uno de los procesos para evaluar su éxito o fracaso. Cada proceso se guía por flechas que indican el siguiente paso, y se divide por columnas, las cuales deben concordar, tanto paralela, como perpendicularmente (ver anexo 11 para plantilla base).

- *Empathy Map*. Esta herramienta permite conocer a fondo el público meta de un proyecto y su percepción sobre un producto o servicio, y con ella, escoger la estrategia correcta por ejecutar. Para el HDRACG, su población por conocer se delimita a los usuarios que acuden al Área de Emergencias para una consulta, ya sea urgente o no urgente. Se divide en 6 secciones, donde se conoce: ¿qué piensa y siente?, ¿qué oye?, ¿qué ve?, ¿qué dice y hace?, sus esfuerzos y resultados, y se completa mediante una entrevista abierta con preguntas base a cada uno de los participantes (ver anexo 12 para plantilla base).

2. *Focus Group*: técnica cualitativa de estudio de las opiniones, percepciones o actitudes de un público ante determinado tema o artículo. Bajo un moderador, se responden alrededor de 10-15

preguntas en un grupo selectivo de personas que conocen la idea por debatir.

3. Encuestas: el tipo de encuestas por realizar se enfoca más en una evaluación del servicio brindado por parte de los usuarios como de los funcionarios, más que en una herramienta para conocer los problemas a profundidad, ya que, para ello, se genera más información con las formas descritas anteriormente. Así pues, se proponen dos tipos:

- *Encuesta a colaboradores del Servicio de Emergencias del HDRACG* (ver anexo 13). Este instrumento se utilizará con el fin de recolectar información sobre aspectos más relevantes detectados desde la perspectiva de los funcionarios a nivel interno que se encuentren en el Área de Emergencias y puedan estar afectando la prestación del servicio. Puede ser aplicable al personal interno fijo del área con al menos 1 año de laborar para el hospital; incluirá desde los doctores y enfermeros, hasta los funcionarios administrativos.
- *Encuesta de satisfacción a los usuarios del Servicio de Emergencias del HDRACG* (ver anexo 14). Este cuestionario tiene como fin medir la satisfacción del usuario con el servicio, además de determinar en dónde pueden estar las principales diferencias de proceso y oportunidades de mejora para el mismo.

Su alcance es una muestra promedio de la población que recibe el Servicio de Emergencias al mes, utilizando como referencia los periodos con más volumen de pacientes según estadísticas del hospital.

Definición de los recursos y cumplimiento de requisitos: como tercer elemento, para la definición de la fase de planificación, es importante considerar los resultados obtenidos y la normativa a la que está sujeta la institución y, por ende, el servicio. En este aspecto, los resultados de investigación brindados por instituciones como la Contraloría General de la República, Gerencia Médica del CCSS, Procuraduría General de la República, entre otras, relacionadas con los servicios médicos, brindan un punto de partida en el momento de definir con qué se va a trabajar.

6.2.2 Segunda fase: Hacer

Respuesta: análisis de los resultados

Si bien las investigaciones generan resultados que responden a un objetivo específico, el cruce de variables de la parte teórica con la práctica genera insumos complementarios que colaboran con la toma de decisiones a nivel económico, contractual, administrativo y operativo.

Para contextualizar, un análisis integral y concreto debe responder a interrogantes ligadas al alcance del proyecto; en este caso, al determinar los factores críticos que influyen en la prestación de servicios médicos, se analiza, mas no se limita a:

- Recursos humanos: la calidad de atención que se les brinda a los usuarios es proporcional a los tiempos de espera, atención de falta de personal y funcionarios capacitados para atender necesidades específicas de los pacientes.
- Presupuesto: la eficiencia con la que se maneja el presupuesto, tanto en periodo ordinario, como extraordinario cumple con las obligaciones legales y médicas establecidas por el centro médico, y no genera retrasos que perjudiquen la atención.
- Contratación: la inversión en infraestructura, contratación de proveedores y rotación de personal influye directamente en la calidad del Servicio de Emergencias y permite manejar una armonía entre los departamentos que tienen injerencia sobre los procesos contractuales.
- Almacenamiento: los insumos almacenados responden directamente a los requerimientos médicos de los pacientes, así como a los trabajadores del área de salud para brindarles un servicio óptimo.
- Capacidad operativa: responder a la demanda de servicios en términos de camas y equipos médicos disponibles, tiempo de respuesta a eventos fortuitos (como emergencias masivas o desastres), atención de imprevistos, entre otros.

Por otro lado, el informe de la CGR sobre la percepción de los servicios públicos se basa en las áreas administrativas, en contraste con los resultados del fortalecimiento del Servicio de Emergencias, el cual se basa en la opinión de los usuarios del servicio. Ambos brindan un panorama por analizar desde la parte práctica y teórica, en aspectos de: demanda de insumos médicos con abastecimiento de los mismos, personal disponible en atención vrs. medidas de gestión del personal, tiempos de atención de los médicos vrs. acceso y disponibilidad del servicio, por mencionar algunos.

Seguimiento (definición de plazos)

Como establecen los planes estratégicos, el periodo de acción abarca 4 años, y complementariamente, cada año se maneja un plan anual operativo, el cual gestiona, a corto plazo, las acciones realizadas en el periodo; por ende, la evaluación idónea para la estrategia contemplada se debe realizar mínimo una vez al año, con la posibilidad de realizar reuniones extraordinarias en caso de presentarse un evento que amerite un estudio de un fenómeno presente en el momento, y que se desvíe de los resultados establecidos previamente.

6.2.3 Tercera fase: Verificar

Revisión: definición de responsables

En el alto mando, se debe procurar buscar las aprobaciones y ejecuciones de los diagnósticos del servicio, ya que éste funciona como insumo para realizar el plan anual operativo en aras de la mejora continua del Área de Emergencias.

Asimismo, el director del Área de Emergencias debe mantener una constante revisión en los indicadores por evaluar con el fin de identificar acciones correctivas en los procedimientos, así como el abastecimiento suficiente de capacidad operativa para la atención rápida y eficiente de las personas usuarias. Por otro lado, debe seleccionar a las personas capacitadas para brindar productos que generen valor a la investigación y escoger, bajo los lineamientos establecidos por el CONIS, la muestra aleatoria representativa para las evaluaciones de funcionarios y pacientes del servicio.

Por último, los mandos medios (gerencias) serán los encargados de coordinar que las recomendaciones efectuadas por la Dirección y el COE, en el caso del HDRACG, se gestionen de la mejor manera, capacitando a las jefaturas de las áreas conexas y, con ello, llegar a los mandos operativos.

Comunicación

En aras de la transparencia y la coordinación intrainstitucional del hospital, el director del hospital debe generar reportes informativos sobre las gestiones realizadas con sus colaboradores, así como instruir a los altos y medios mandos para difundir la información a sus equipos de trabajo. Al contar el hospital con una estructura que no solo toma decisiones estratégicas, sino que genera los puentes de comunicación entre las partes, se debe aprovechar el recurso, de tal forma que responda directamente a la generación de calidad y eficiencia en la planificación de operaciones y logística del Área de Emergencias.

Ahora bien, si el cambio se convierte en una mejora sustancial que impacta al usuario, se debe gestionar una campaña informativa que guíe al usuario sobre las modificaciones y mejoras en el proceso, tal como se realizó con la clasificación de pacientes (triaje) por medio de la adaptación del modelo internacional CTAS.

6.2.4 Cuarta Fase: Actuar

Como aspecto final, está la fase denominada Actuar, la cual se concentra en realizar una revisión de los resultados obtenidos en fases anteriores con el fin de realimentar a los altos mandos sobre las acciones por corregir o documentar en el enfoque de mejora continua.

Debido a que esta fase es dependiente de los resultados, se propone una serie de recomendaciones concretas para profundizar en los hallazgos obtenidos:

Como primer punto, en el momento de realizar el análisis de resultados del Ciclo PHVA, se recomienda conformar un equipo interdisciplinario que permita evaluar, en forma integral, los resultados. Este equipo debe ser conformado por personas con amplia experiencia en este tipo de métodos de evaluación, por lo tanto, se recomienda la consulta a expertos.

Como segundo aspecto, se debe contar con la mayor participación del personal interno que se encuentre implicado en el proceso en cuestión, con el fin de involucrar todos los roles jerárquicos para entender las fortalezas y debilidades existentes; además, se deben contemplar opiniones desde diferentes perspectivas que fortalezcan el análisis. Esto permite que las correcciones sean más eficaces y dirigidas a las deficiencias reales.

Como tercer aspecto, para proponer correcciones, se recomienda utilizar un enfoque de acción correctiva y análisis de causa. Este enfoque se basa en revisar los resultados anteriores e identificar la reiteración de los hallazgos, es decir, si un resultado negativo se repite, es necesario profundizar en el análisis para conocer la causa raíz de tal problemática.

Estas acciones pueden contemplar la inclusión de nuevos modelos o prácticas que se estén implementando en el campo y sean aplicables para

renovar el proceso si lo requiere. Para ello, el trabajo conjunto con las principales universidades del país se contempla como una opción.

Por último, este tipo de análisis debe priorizar acciones, para lo cual es necesario consultar los alcances y objetivos planteados en la fase de planificación. Además, se debe establecer un cronograma de actividades que permita guiar el cumplimiento de acciones con tiempos de respuesta a las distintas actividades, de manera que se pueda empezar el ciclo nuevamente.

De este modo, al cerrar el proceso, se logra concretar, en términos generales, el cumplimiento de los requisitos y de las expectativas, la corrección o prevención de futuros escenarios riesgosos o efectos no deseados, y mejorar continuamente el sistema o servicio en términos de calidad y eficiencia. Dichas acciones pueden ser replicables a cualquier área del hospital o centro de salud.

Capítulo VII: Conclusiones y recomendaciones

Durante el presente trabajo, se estableció como objetivo principal precisar, mediante un análisis cualitativo, los elementos claves que influyen en la planeación de operaciones y la logística que mantiene el Área de Emergencias del Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia.

En ese sentido, se determinarán los cambios fundamentales requeridos para que los servicios médicos sean prestados con calidad y eficiencia; pese a no lograr realizar una validación específica de los hallazgos encontrados a nivel documental con la gestión de campo en las áreas operativa y logística, por causa de las actuales restricciones ante la pandemia por COVID-19, se obtiene un precedente de relevancia administrativa que contempla factores claves para efectuar una posterior evaluación, exhaustiva e integral, de uno de los servicios más importantes a nivel nacional, como lo es Emergencias.

Atendiendo lo anteriormente mencionado, se vislumbran las siguientes conclusiones:

7.1. Conclusiones

Al dar cierre a esta investigación, se obtiene como conclusión 1 y en relación con el objetivo general de la investigación, que el sistema de salud costarricense, gracias a su compromiso de mejora continua constante, es catalogado y reconocido por tener un sistema de gestión en salud de alta

calidad, en comparación con países de tercer mundo. No obstante, la CCSS, al ser una institución con un alto rango de complejidad y alcance, y estar a cargo no solo de la prestación de servicios médicos, sino también de asegurar la atención integral con el seguro de salud y el Régimen de Pensiones, se ha visto afectada por la falta de inversión en la primera línea de atención médica. Dicho tema es reforzado con el Estudio Económico de la OCDE 2020, lo cual provoca, consecuentemente, la congestión de los servicios de emergencias a nivel país.

Este último tema ha sido controversial, pues las autoridades de la CCSS perciben la inversión como un tema sistémico en salud, el cual busca aumentar la captación de fondos para los jubilados y mejorar la cobertura de asistencia social. Por lo tanto, se ha visto en la obligación de generar estrategias de financiamiento para el régimen de pensiones IVM y régimen no contributivo, mas no se han considerado acciones concretas enfocadas en planeación de operaciones y logística. Esto origina un impacto en el accionar de los centros de salud y la imagen del servicio de cara al usuario.

Como conclusión 2, en relación con lo anterior, se evidencia la existencia de una estrecha relación con la perspectiva del usuario y la satisfacción de la demanda en aspectos de salud. Lo anterior, en reiteradas ocasiones, se ha percibido como deficiente en los aspectos de infraestructura e información sobre clasificación de pacientes. Estos últimos factores mencionados han coadyuvado a sobrepasar la capacidad máxima instalada

en Emergencias, lo cual se refleja potencialmente en una saturación del 120% del servicio y causa, como potencial riesgo, la atención no oportuna a los pacientes.

Asimismo, las acciones propuestas en anteriores investigaciones e informes mencionados en el capítulo IV de la presente investigación son poco específicas al no presentar detalles en los tópicos operativos y las causas de las notas más bajas obtenidas. Por consiguiente, no se esclarecen acciones concretas adecuadas a la realidad a nivel país, ya que aluden solo a algunos factores del proceso de atención a pacientes.

Como conclusión 3, en relación con el cumplimiento de los objetivos específicos, al visualizar el contexto donde se envuelve el HDRACG, de acuerdo con el diagnóstico administrativo realizado, es necesario efectuar una revisión minuciosa ajustando a los componentes técnicos, legales, de planificación y logística, y permitiendo ampliar la perspectiva teórica desarrollada en anteriores investigaciones de la CCSS y del CASEM.

La conclusión 4 amplía lo anteriormente expuesto con respecto a la estructura legal, donde se encontró que el marco legal que faculta a la CCSS y a los centros médicos requiere valorar actualizaciones y cambios necesarios para que el sistema de salud sea integral y eficiente, por causa de los cambios vertiginosos que se presentan constantemente en el ámbito salud.

Para reforzar lo anteriormente expuesto, es necesario recordar que la Ley General de Salud (2014), en su artículo 150, indica la obligatoriedad de vacunación contra las enfermedades que el MINSA, o en este caso, el Comité Nacional de Vacunación, establezca, con la llegada de la COVID 19, se publica el decreto No. 42889, que incluye la vacuna de este virus como obligatoria. Sin embargo, se genera un vacío legal al omitir normar la forma de sancionar al personal que incumpla. Este hallazgo trae, como principal demostración, la necesidad de redoblar los esfuerzos para impedir que acciones indebidas, omisiones de proceso o abusos de poder puedan ejecutarse y afecten directamente a los usuarios.

En relación con la conclusión 5, con la planificación, se demuestra que, si bien a nivel político se establece un plan estratégico claro, la fluctuación constante presente en los factores operativos que influyen en la atención, los cuales no son tomados en cuenta en la definición de objetivos y metas, provoca que no se responda a las necesidades de la población. Si bien es cierto los planes marcan rutas definidas conforme lo que se espere lograr a nivel nacional, no se evidencia con claridad si éstas consideran las diferencias operativas y logísticas de cada servicio. De igual manera, al darse una medición de resultados de manera generalizada, las falencias y los retos no son detectados.

En relación con la conclusión 6, la gestión operativa demostró que el flujo dentro del Área de Emergencias, en relación con las personas pacientes y

su permanencia dentro de dicha área, es afectada por factores principalmente externos al servicio, tales como la deficiencia en niveles de atención primarios, la coordinación intrainstitucional y la capacidad instalada. Lo anterior se ve directamente relacionado con la planificación en lo referente a la consideración de brechas operativas a la atención de pacientes y los servicios que interactúan en el proceso.

Bajo esta línea, como conclusión 7, se hace palpable que, principalmente, Emergencias se ha visto forzada a implementar procesos no establecidos para ejecutar sus funciones y alcanzar los resultados esperados. A partir del mecanismo de “prueba - error” y la depuración de algunos procesos que resultaban obsoletos, se deben mejorar las formas y los procedimientos de gestionar las tareas diarias para hacerlas más eficientes, las cuales, en ocasiones, resultan ser mayormente funcionales. Es así como los procesos resultantes de estas prácticas terminan por estandarizarse en otros centros de salud al ver que permiten un mejor desempeño.

La conclusión 8 está referida a la relación de la oferta-demanda, donde se demuestra que los factores donde existe mayor demanda son infraestructura, recurso humano, equipo, relaciones con otros departamentos y áreas de salud; considerando que, al ser un servicio de alta importancia (demanda mayor), se eleva la necesidad de contar con una estructura responsiva ágil que beneficie el cumplimiento del proceso de atención oportuna.

En referencia a la conclusión 9, en cuanto a la estructura organizativa, se demuestra el desarrollo gradual de una estructura jerárquica compleja, contradictoria y poco funcional, en especial, por la manera como se encuentra constituida la Gerencia Logística y sus funciones. Lo anterior, principalmente, a razón de las adaptaciones presupuestarias que ha realizado la administración gubernamental a la CCSS, las cuales han causado una pluralidad de funciones en los niveles horizontales (direcciones-gerencias) y en los niveles verticales (áreas-subáreas), donde al proyectar los parámetros de diseño administrativo, se mantienen unidades que no evidencian una respuesta eficiente a las necesidades y sobrecargan la estructura.

Se realiza la salvedad que lo anterior fue analizado desde una perspectiva teórica-analítica, donde se recopiló y se verificó la documentación existente. Por lo tanto, es importante considerar una validación desde una perspectiva desde el manejo práctico para lograr los objetivos propuestos para la institución.

Como conclusión 10, en relación con la estructura de funcionamiento, se destaca la dificultad operativa para la implementación de nuevas estrategias, debido a que la gestión de la información obtenida se torna en un proceso rutinario e irrelevante para los altos mandos, dado que la cantidad de datos resguardados no son clasificados ni sistematizados en forma adecuada, tanto a nivel de la CCSS, como en los hospitales y centros

de salud. A partir de lo anterior, se precisa resaltar que, a pesar de mantener estructuras normalizadas, con reglamentos, lineamientos y directrices, la gestión en torno a relaciones de poder presenta problemas de conectividad y comunicación, donde se apunta mayormente hacia la obtención de medios, pero no de finalidades. Ello genera una brecha en la consecución de los resultados, mayormente, para las múltiples interrelaciones de Emergencias con otras áreas, las cuales se observan en los organigramas del HDRACG (anexo 2).

Como conclusión 11, se demuestra la falta de información en relación con las herramientas tecnológicas desarrolladas para la atención de pacientes, más concretamente en lo relacionado con el apoyo tecnológico. Si bien se destaca la implementación y modernización en cuanto a sistemas internos para el control de compras y gestión del talento humano, cuando se revisa la planificación estratégica, existe poca referencia al ámbito tecnológico si se considera la necesidad de acceso a la información por parte de los usuarios y la digitalización de información para los funcionarios que los atienden. Este factor es primordial en cualquier gestión moderna no solamente para el HDRACG, sino para el sistema hospitalario nacional.

La conclusión 12 está referida a la atención del segundo objetivo específico, cuyo objetivo era valorar opciones de mejora para el Área de Emergencias, con una perspectiva administrativa y estratégica, para lo cual se tomaron como referente las normativas de calidad INTECO, con la cual se

determinaron los principales riesgos a los que puede estar expuesto el servicio, clasificados por áreas de acción en: recurso humano, coordinación intrainstitucional, almacenamiento, infraestructura y presupuesto, los cuales se resumen en la figura 17 del capítulo V.

Los factores mencionados, al ser determinantes en el proceso de atención, se pueden agrupar en riesgos externos que deben solventarse en coordinación con la CCSS, e internos que, por su naturaleza, son solucionables a nivel del hospital. Esta última caracterización llega a ser de suma relevancia, pues uno de las principales y más reiteradas observaciones es la poca claridad en la responsabilidad de ejecutar acciones para solventar un problema a nivel interno, dada la amplitud de acción de la CCSS como ente rector.

Continuando con lo expuesto, la conclusión 13 está referida a los servicios de salud, los cuales, divididos en tres niveles de atención, cubren la totalidad del país. Se encuentran distribuidos en diferentes contextos geográficos, cuentan con diferentes recursos y atienden a una población de diversas necesidades. Por ende, las situaciones recibidas por cada hospital nacional llegan a presentar amplias diferencias entre uno y otro caso.

Para demostrar lo anteriormente expuesto, se indica que, en la CCSS, el promedio de las no urgencias a nivel nacional del periodo 2016-2020, ha sido de un 55,15%, y de un 22,99% en el HDRACG, específicamente. Ello

denota un agravamiento en los niveles de atención primarios. Asimismo, al considerar los riesgos y contingencias que se pueden presentar en el Servicio de Emergencias en general, como el “boarding”, identificado en el apartado 5.1.2 y la gestión de los EB AIS en las distintas zonas del país, aunado a que las acciones por replicar son forzadas por los lineamientos emitidos desde las juntas directivas y Alta Gerencia, se da paso a aplicaciones que no atienden, en forma específica, las verdaderas necesidades de mejora.

En la conclusión 14, que tiene como referente la respuesta al tercer objetivo planteado para la investigación, determinar las estrategias que orienten una prestación de servicios eficientes y de calidad, tanto en el HDRACG, como en el Área de Emergencias, se logra concluir que las herramientas utilizadas actualmente, a nivel general, se limitan y se concentran en la medición de cumplimientos cuantitativos. En ocasiones, no se contemplan las variantes que influyen para alcanzar los resultados esperados (causas y porqués), como las interrelaciones entre departamentos o el trabajo administrativo interno.

De este hallazgo, se encontró que el Informe Técnico para el Fortalecimiento de la Atención de Emergencias en la CCSS del 2017, por parte del CASEM, brindó una serie de recomendaciones a las áreas de emergencias. En el momento de ser aplicadas por parte del personal del hospital (recordando el rol médico-administrativo que se ejecuta), no se

profundiza en el análisis cualitativo, lo cual da como resultado acciones que no influyen en su totalidad en la mejoría de la gestión, pero reflejan resultados cuantitativos favorables para el servicio. Sin embargo, al contraponer lo que implica el logro de los resultados, se evidenció un detrimento interno, con un desgaste del recurso humano, equipo y sobrecarga de servicio, no considerado por la institución.

La conclusión 15 indica que los niveles de decisión se han preocupado por mejorar los servicios; se reconoce que las evaluaciones son instrumentos necesarios para cualquier organización. Sin embargo, luego de analizar los instrumentos de recolección de información utilizados, como es el caso del informe de resultados realizado en el 2018 sobre la satisfacción de los funcionarios y usuarios, la cual trata de manera general el servicio de salud, se determina que los análisis y resultados obtenidos son sumamente genéricos. Es decir, las preguntas no llegan a enfocarse en la resolución o búsqueda de problemas específicos que permitan definir una acción o escenario concreto por trabajar.

Como conclusión 16, en el ámbito operativo, se destaca la gestión realizada durante la pandemia por COVID-19 en 2020, donde se pudo demostrar que, ante emergencias masivas, la planificación responde con el nivel de eficiencia y calidad esperado en el sentido de que, a pesar de ver la capacidad hospitalaria sobrepasada, los servicios de emergencias no han dejado de operar; dicho logro es atribuible a la activación de protocolos

sanitarios estrictos, oportunos y asignados, tanto para los usuarios que utilizan los servicios, como para el personal médico que los brindan.

Los hallazgos anteriormente mencionados han evitado situaciones de riesgo potencial a la población como muertes espontáneas en calles o la negación de la atención inmediata. Por tanto, han logrado mantener las muertes en un rango bajo en comparación con otros países, así como los índices de calidad que caracterizan al sistema de salud. No obstante, la presión de la demanda de los usuarios ejercida sobre el sistema de salud durante a la pandemia por COVID-19 conllevó a implementar el uso del fondo de emergencias y forzar los presupuestos establecidos para el 2020 con el fin de minimizar los posibles riesgos operativos y logísticos para brindar la atención.

Siguiendo la misma línea, se llega a la conclusión 17, demostrando que las acciones realizadas por el HDRACG se han convertido en un referente importante al dictar pautas claves para el manejo de procedimientos en situaciones críticas poniéndolas a prueba en su diario actuar. A partir de ello, se destacan la planeación y la distribución de la infraestructura y del equipo médico para brindar la atención médica diferencial a pacientes con COVID-19 en contraposición a los que ingresan por otras emergencias. Para evitar riesgos de contagios, se deben destacar los esfuerzos que la administración del HDRACG ha hecho en relación con inversiones para aumentar su capacidad hospitalaria, como el proyecto de la Torre Este, el

cual, a pesar de tener por objetivo solventar la brecha de camas disponibles, equipo y demás, su inauguración en 2020 contribuyó a la atención de pacientes graves por COVID-19.

Por consecuencia, se llega a la conclusión 18, con la cual se busca enfatizar en las oportunidades de mejora para los servicios de emergencias. En particular, la Dirección de Emergencias del HDRACG ha identificado, por medio de estudios internos, fenómenos por mejorar en el Área de Emergencias. Un ejemplo de ello fue la clasificación de pacientes (triage), la cual se empezó a implementar en el Área de Emergencias del hospital y, posteriormente, fue aplicada en los demás centros de salud. No obstante, la cultura organizativa - administrativa de revisión periódica necesaria para la identificación oportuna de fortalezas y debilidades del servicio no ha logrado trascender fuera del ámbito del cumplimiento administrativo. En ese sentido, se observa un compromiso en detrimento para identificar riesgos anticipadamente, y no sobre la marcha o la dependencia absoluta de los lineamientos dictados por los niveles políticos.

En relación con la conclusión 19, la cual está relacionada con el poder brindar una atención que cumpla con atender las necesidades de la población, desde la visión de logística inter e intrainstitucional referente al Área de Emergencias, es necesario contar con una sinergia entre departamentos que garantice la disponibilidad de servicios de manera fluida; a tal efecto, si uno de los departamentos falla, se cuente con planes

de contingencia para evitar que el servicio se vea interrumpido. Cabe resaltar que la conclusión obtenida en este punto abre una nueva línea de investigación sobre la interrelación de los servicios internos y externos con el Área de Emergencias, considerando mayormente los cambios producidos en cuestión de funcionalidad operativa con la llegada de la COVID-19.

Para la conclusión 20, se consideró que el recurso humano es clave como factor influyente en el momento de brindar el servicio. Por ello, debido al tipo de trabajo realizado por el personal médico y la responsabilidad que éste conlleva, se destaca como hallazgo el nivel de estrés al que se ven expuestos los funcionarios médicos, sumado a la cantidad de pacientes que día tras día requieren atención en salud. Asimismo, hay influencia de relaciones interpersonales con los demás colaboradores, lo cual se evidencia como la causa de un ambiente organizacional pesado y hostil. Por consiguiente, se genera un evidente desgaste en la salud mental y emocional de las personas trabajadoras y, a su vez, en la atención médica recibida por los pacientes.

Como conclusión 21, ligada al tema anterior, finalmente, se destaca la intervención de otras áreas para apoyar al Área de Emergencias, en conjunto con una constante rotación del personal, debido a la alta demanda. Esta situación hace que los roles cambien en cada equipo de trabajo y, a pesar de que la mayoría de los procesos se encuentran

estandarizados, no siempre es sencillo cumplir con los protocolos y las directrices, aunado a una adaptación rápida. Por lo tanto, se pueden generar errores y ocasionar que la prestación del servicio sea menos eficiente.

A razón de transformar los hallazgos encontrados en esfuerzos de mejora continua, se proponen a continuación las siguientes recomendaciones:

7.2. Recomendaciones

Como recomendación 1, respondiendo a la conclusión 1, con el objetivo de mantener el reconocimiento como sistema de salud de alta calidad, se destaca la importancia de fortalecer las acciones enfocadas en la planeación de operaciones y la logística para establecer las pautas claves de un proceso transformador del servicio. En ese sentido, se debe hacer tangible para el usuario la calidad de la atención que se está recibiendo, utilizando los hallazgos destacados en la investigación realizada como un diagnóstico administrativo base, el cual permita, tanto a la institución rectora, como a sus entes colaboradores, profundizar en las causas y efectos de los problemas presentados en el Área de Emergencias en conjunto con los servicios asociados a ésta.

Considerando los aprendizajes y prácticas aplicadas durante el 2020-2021, que puedan permanecer posterior al COVID-19 y los principios existentes en las normativas de calidad internas y externas, se propone jerarquizar la

inversión en nuevos equipos, dando prioridad a un mayor mantenimiento, así como plantear tiempos promedio de renovación de insumos.

Para concretizar de manera específica e integral las brechas, falencias, oportunidades y buenas prácticas resaltadas en esta investigación, como recomendación 2, se exhorta a la CCSS, en conjunto con las autoridades gubernamentales, a impulsar políticas públicas en materia de salud pertinentes a las necesidades actuales, en el tema económico y financiero, con formas de captación de fondos, de cobro de morosidades y combate a la informalidad. Esto se debe realizar con el fin de que se permita mantener el estándar establecido por la OCDE, cuya finalidad es brindar, a la población, una atención de calidad y mejores condiciones de vida.

De igual modo, se insta, como recomendación 3, respondiendo a la conclusión 2, que se mantenga la iniciativa de proponer y probar nuevos procesos de una manera controlada. Por ende, se deben realizar estudios focalizados o implementar herramientas para la medición de resultados en la gestión operativa. Se debe fomentar a otras jefaturas a realizar el mismo proceso, de manera que se logre implementar una gestión operativa basada en previsión y planificación en lugar de improvisación. Ello permitirá llevar una gestión más ordenada que priorice la eficacia y la eficiencia en los procesos, por tanto, se evitará la sobrecarga de labores, la duplicidad de funciones y la pérdida de realimentación valiosa para la mejora del servicio.

Aunado a esto, como recomendación 4, se exhorta, a las direcciones, gerencias, jefaturas, en conjunto con otros puestos de liderazgo, a identificar las brechas o los detrimentos en los procesos de sus áreas a través de herramientas integrales y proactivas como el *Custom Journey Map* o el *Empaty Map* mencionadas en el capítulo VI. Ello con el objetivo de desarrollar estrategias operacionales que atiendan las necesidades de cada área de manera oportuna, evitando emplear soluciones genéricas que, posiblemente, no sean igual de efectivas para todas.

En la misma línea, se resalta como recomendación 5, respondiendo a la conclusión 3, la necesidad de realizar una ruta administrativa que considere los documentos emitidos desde la CCSS con el fin de verificar cuáles directrices pueden ser aplicadas y cuáles deben ser adaptadas para realizar una planificación que no solo tome aspectos estratégicos, sino que se fundamente en las problemáticas que influyan en los niveles operativos.

En relación con el diagnóstico desarrollado en el capítulo IV de la presente investigación, como recomendación 6, en línea con la conclusión 4, se sugiere incluir, dentro de la planificación estratégica, la revisión periódica del marco legal relacionado con el sector salud. Esto con el fin de mantenerlo lo más actualizado posible para que funcione como un sustento que apoye la gestión y el diseño de nuevos modelos administrativos. Asimismo, que se eviten contraposiciones en el momento de ejecutar directrices, considerando escenarios futuros y aprendizajes obtenidos.

Como recomendación 7, respondiendo a la conclusión 5, se vislumbra una necesidad imperiosa de optar por nuevos mecanismos de planificación administrativa y operativa, que proyecten una visión hacia la innovación constante y la utilización de nuevas tecnologías, tanto a nivel de sistemas, como de metodologías de análisis.

En relación con los factores externos que afectan al hospital, como recomendación 8, en concordancia con la conclusión 6, se busca ahondar en detalles de una investigación integral, donde se deben considerar, en evaluaciones posteriores a la actual investigación, interrogantes que precisen aspectos cualitativos con respecto al servicio ofrecido por los centros de salud. En esa línea, es posible encontrar las áreas de mejora en la oferta de servicios de los niveles que actualmente están saturando el tercer nivel de atención (hospitales nacionales) y sus causas verdaderas. Al contar con los resultados de estas evaluaciones, se busca que la Alta Dirección cree directrices que permitan implementar mejoras en la logística y en la planificación operativa de sus procesos.

Siguiendo la línea de acción, la recomendación 9, que responde a la conclusión 7, se orienta a que los tomadores de decisión de ápice estratégico valoren ajustar la estructura actual de funcionamiento médico - administrativo, donde se considere la prospectiva estratégica, en conjunto con una perspectiva económica, financiera y administrativa posterior a la COVID-19; por ende se debe enfatizar en una visión flexible en cuanto a la

comunicación entre unidades, la cual se adapte en el tiempo a las posibles reestructuraciones que se produzcan a raíz de cambios económicos o sociales, optando por una versión más simplificada y horizontal, para así evitar gastos por sobrecargo de funciones o vacíos funcionales, como producto de mantener estructuras tan rígidas.

En concordancia a lo anterior, como recomendación 10, en correlación con la conclusión 8, se enfatiza no dejar de tomar en consideración los actuales indicadores de demanda con respecto al ingreso de pacientes y sus principales patologías, y contraponerlos con un análisis de escenarios para proyectar que los insumos sean suficientes y adecuados, tomando en cuenta el recurso humano, la infraestructura y el equipo médico disponibles. En atención al diagrama de flujo de Emergencias (ver anexo 8), los indicadores referidos son de criticidad en las primeras 3 actividades relacionadas con el traslado de pacientes a otras áreas y su hospitalización. En ese sentido, se debe velar porque se mantenga un equilibrio entre el flujo de pacientes y los recursos con los que cuentan los centros de salud, de manera que la oferta y la demanda del servicio sean proporcionales dentro de las posibilidades con las que cuenta el sector público de salud.

Se requiere fortalecer la dirección estratégica, de manera que la estructura jerárquica responda al actuar. Considerando las contradicciones encontradas en las estructuras de la Gerencia Logística y sus direcciones, lo anterior se plantea como recomendación 11, la cual está en relación

directa con la conclusión 9, valorar el diseño utilizado en los organigramas para facilitar la interpretación y modernización, con teorías como “Diseño de organizaciones eficientes” de Henry Mintzberg, las cuales brindan una orientación sobre la forma correcta de estructurar sistemas administrativos. Asimismo, continuar con la implementación del plan de fortalecimiento de Gerencias de la CCSS, propuesto por el CICAP, de manera que se busque eficientizar las actuales funciones logísticas y administrativas.

Por otra parte, considerando que se cuenta con la ventaja de que la actual jefatura del Área de Emergencias es un referente valioso y miembro del CASEM; dada su amplia experiencia en temas administrativos y operativos, la recomendación 12, articulada a la conclusión 10, va dirigida a reforzar la implementación de nuevas prácticas que profundicen la identificación de actuales y futuros riesgos, considerando herramientas como el diagrama de Ishikawa para la identificación oportuna de deficiencias que puedan afectar el proceso de atención a pacientes o la logística del área. Para ello, la planificación futura debe partirse del concepto de la nueva gerencia pública, la cual se encuentra fundamentada en la modernización y flexibilización de los sistemas públicos más robustos. Asimismo, la integración de los modelos de costos se mantiene a nivel privado.

La implementación del concepto anterior consiste en combinar prácticas del sector privado y público de manera que ambos se puedan integrar y fungir como un solo sistema administrativo. Lo anterior se construye con la

aplicación de modelos como la Gerencia Corporativa, que atiende la administración del servicio desde una perspectiva mercantil, es decir, busca que los servicios sean promocionados desde su valor para el usuario enfocando el control en los resultados y la aplicación de estructuras de Alto Nivel que, fundamentadas en las corrientes administrativas de Mintzberg, conforman los procesos desde los componentes estratégicos, mandos medios, operativos, de apoyo y tecnológicos.

Cabe destacar, como parte crítica, la recomendación 13 en relación con la conclusión 11, donde se deben incorporar los tópicos tecnológicos. Por ejemplo, el fortalecimiento del EDUS, como parte de la estructura de apoyo operacional del proceso de atención a pacientes, ya que, hasta el momento, no se ha destacado como factor de importancia en la estructura; sin embargo, se ha convertido en un elemento primordial para la innovación de los servicios de salud.

En la recomendación 14, que está relacionada con la conclusión 12, se enfatiza considerar los factores críticos encontrados, principalmente los clasificados dentro de un intervalo de impacto y probabilidad crítica, como base de la implementación de propuestas que contemplen los principios de las normas internacionales:

- ISO 9001:2015 para un sistema de gestión de calidad
- ISO 9004: 2018 para el aumento de eficacia y eficiencia en la gestión sostenida en el tiempo
- Norma internacional BASC V5, donde se exponen parámetros para el control y la seguridad en los procesos logísticos y operacionales,

así como criterios claves por considerar para realizar una acción correctiva o implementar una oportunidad de mejora.

Estas normas no se encuentran enfocadas al sector público, no obstante, proponen estrategias y estructuras para un funcionamiento optimizado, proyectadas hacia la modernización de las comúnmente implementadas a nivel público.

Bajo la misma línea, uno de los principales alcances de esta investigación se plantea hacia la estandarización a nivel de calidad, de manera que se encuentren los procesos de la CCSS como un proceso alineado en todas las aristas (operativa, técnica, planificación y operativa); a razón de ello, como recomendación 15, en respuesta de la conclusión 13, se recomienda que las directrices emitidas desde el ápice estratégico sean implementadas en todos los niveles de atención adecuándose a la realidad de los servicios. De esta manera, se busca disminuir la cantidad de casos no urgentes que se presentan en Emergencias de los hospitales nacionales, partiendo de la hipótesis de que, a mayor calidad del servicio, los usuarios preferirían atenderse en un centro de salud primario que en un hospital nacional.

Para optar por una visión más proactiva de la planificación operativa, se plantea, como recomendación 16, utilizar como insumo los riesgos analizados en la matriz de riesgos desarrollada en el capítulo V, considerando que, aunque los mismos puedan presentar variaciones en un tiempo posterior al contexto COVID-19, se convierten en un antecedente de las experiencias y gestión anterior, previniendo deficiencias a nivel de

planificación operativa. Ello se debe realizar con el fin de traducir la información obtenida a acciones concretas que, verdaderamente, proyecten, a mediano y largo plazo, estrategias innovadoras de atención, sin ser necesariamente acciones genéricas para todas las áreas. De esta manera, se construirían y se aplicarían las mejoras pertinentes, considerando las necesidades y características de cada una de ellas.

Manteniendo la línea, como recomendación 17 relacionada con la conclusión 14, se propone cambiar la metodología de análisis de procesos, donde en vez de utilizar un análisis “top-down”, se inicia con una visión global hasta llegar a lo específico, lo cual se ha demostrado ser insuficiente para responder a las necesidades de las instituciones (entre ellas el HDRACG) de mejorar los servicios de manera integral. Se debe realizar un análisis “bottom-up” (iniciar por solventar los problemas más específicos hasta lo más global), investigando el accionar de todas las áreas, para que sea posible identificar, realmente, las deficiencias y fortalezas propias de las áreas y estructurarlas con las de Emergencias del hospital en cuestión.

Como recomendación 18, a su vez, se plantea que se fomente una cultura organizativa, en la cual los directivos se preocupen por aplicar proyectos y evaluaciones con la metodología de “Objetivos y Resultados Clave” (traducido de sus siglas OKR), con la finalidad de conocer a fondo la situación operativa de los centros de salud y hospitales, involucrando funcionarios de todas las áreas y perfiles atinentes a la investigación. Esto

permite que colaboren en tomar decisiones estratégicas que impacten de manera positiva en los aspectos de mejora, y que se continúen aplicando las buenas prácticas ya existentes, lo cual aminora las brechas y previene futuros riesgos.

Con el fin de que las propuestas abarquen un panorama amplio de posibilidades, el cual no se limite únicamente a la gestión operativa interna, como recomendación 19, se establece evaluar la percepción que tienen los usuarios con respecto a la atención recibida por los EBAIS, clínicas y los demás centros de salud con los que se cuenta. Ello, como un primer acercamiento a la realidad del servicio, con el objetivo de encontrar las mejores opciones para que las necesidades de los usuarios sean resueltas de manera satisfactoria y con una asertividad adecuada.

Específicamente, en lo atinente a factor humano y análisis de causas, se propone como recomendación 20, en respuesta a la conclusión 15, implementar herramientas enfocadas en incluir también la perspectiva del personal involucrado en el proceso de atención médica y a los usuarios pertenecientes al servicio, más concretamente, utilizando la estrategia de mejora continua, desarrollada en el capítulo VI, la cual se basa en el ciclo PHVA (planificar, hacer, verificar y actuar).

Para la implementación de cada fase, se destaca, como recomendación 21, en lo referente a la primera parte de planificación, la importancia de delimitar los alcances de acuerdo con los riesgos que se busquen

contemplar, definir controles operacionales claros y concisos que establezcan el nivel en calidad y eficiencia que se espera alcanzar durante el proceso. Asimismo, enfocar la elección de las herramientas por utilizar en un objetivo específico, buscando la integración de las opiniones de cada actor.

Como recomendación 22, para la segunda parte de “hacer”, el análisis de los resultados debe enfocarse hacia un mapeo de los factores críticos que puedan estar afectando la atención en un periodo actual y en uno a mediano plazo, definiendo un seguimiento, que, generalmente, se puede proyectar a periodos de 3 a 4 años con revisiones periódicas como mínimo una vez al año para tener un monitoreo adecuado.

Asimismo, en referencia a la recomendación 23, para la tercera fase que corresponde a la verificación, se resalta la importancia de definir los responsables que estarán a cargo de aprobar y ejecutar los diagnósticos de los servicios por evaluar, así como la revisión de los indicadores que, en la actualidad, se monitorean en el Área de Emergencias. Por otra parte, se debe trabajar en que la comunicación de los hallazgos se enfatice en la coordinación de las distintas áreas del hospital para sustentar y fomentar la transparencia de los procesos.

Siguiendo la misma línea, en atinencia a la recomendación 24, en relación con la fase de “actuar”, se propone recapitular los resultados obtenidos en las fases anteriores e incluir el aporte de expertos externos al servicio para

realizar un análisis final que ayude en la toma de decisiones de los jefes con el fin de evaluar los posibles ajustes para el proceso.

La recomendación 25 se alinea a la conclusión 16 para puntualizar, de manera específica, en las gestiones internas. En ese sentido, se recomienda, a la Dirección del HDRACG, considerar los cambios implementados hasta ahora con la llegada de la COVID-19 al HDRACG, además de continuar aplicando las buenas prácticas implementadas para proteger la salud del personal médico y de las personas pacientes. Algunas de estas prácticas son: el uso de las mascarillas para evitar la propagación de virus y bacterias, y guardar la distancia como medida que ha prevenido contagios entre las personas que acuden a los centros de salud, la identificación y separación de pacientes sospechosos de contagio, y el manejo eficiente del espacio en cuanto a estructura y capacidad instalada, así como tomar en cuenta las recomendaciones realizadas por los organismos internacionales como la OCDE.

Como complemento a lo anterior, como recomendación 26 coherente con la conclusión 17, se propone que el hospital elabore un informe donde queden evidenciadas las buenas prácticas realizadas en este tema para ser replicado en situaciones similares, o en otros centros de salud, de manera que se comunique y se comparta, de una forma más clara y oficial, el conocimiento para una mejora integral del sector.

Por otra parte, el HDRACG, como actor estratégico y referente en la realización de procesos de mejora continua a nivel nacional, debe velar por mantener la visión y los alcances de los objetivos alineados a los planes y directrices emitidas por la CCSS, sin descuidar las particularidades existentes en el momento de adaptar los planteamientos estratégicos. La recomendación 27 tiene relación directa con la conclusión 18 y se propone realizar la apertura para la investigación externa e interdisciplinaria, de manera específica, para cada área de los hospitales concientizando sobre la importancia de la medición y del análisis de resultados al personal médico administrativo. A partir de ello, se busca adaptar los indicadores que brinda la CCSS y/o crear nuevas propuestas que sean específicas para contribuir a mejorar la gestión y prestación de los servicios.

Dicha práctica se propone implementar por medio del diseño de pasantías, las cuales permitan el desarrollo, ejecución y posterior seguimiento de prácticas innovadoras que aporten en la solución de posibles debilidades. Se sugiere esta práctica debido a su bajo costo en relación con otros métodos. Asimismo, representa un beneficio para la institución y una oportunidad para estudiantes de distintas áreas para la aplicación de lo aprendido durante su formación profesional.

Para los servicios de Emergencias, como recomendación 28, en relación concomitante con la conclusión 19, dentro de la planificación operativa del área, se debe contemplar la coordinación intrainstitucional, de manera que

se mantenga un contexto claro de la disponibilidad y demanda de los servicios requeridos para atender los casos más graves o complejos. De igual forma, fortalecer la coordinación interinstitucional con hospitales nacionales y periféricos, así como con los servicios de paramédicos en caso de necesitar un traslado de pacientes. De este modo, que se puedan solventar, oportunamente, los problemas suscitados en el servicio, y que éstos no afecten la dinámica de atención brindada a la población en caso de que, a nivel intrainstitucional, no se pueda responder de manera oportuna.

Por su parte, en relación con el talento humano, como recomendación 29 relacionada con la conclusión 20, se hace un llamado a las jefaturas a prestar más atención en asuntos referentes a la salud mental de sus colaboradores, partiendo de los espacios seguros de comunicación y diálogo permanente. Asimismo, difundir los proyectos de medicina laboral con los que ya cuenta el hospital, haciendo énfasis en los beneficios que pueden ofrecer para los colaboradores.

Como recomendación 30, en concordancia con la conclusión 21 referida a que el recurso con el que se cuenta en Emergencias es limitado y su uso específico para atención de emergencias verdaderas, se debe continuar con las transformaciones hacia la modernización de herramientas para el control y seguimiento de insumos, así como una actualización y refrescamiento de los conocimientos necesarios para el uso adecuado del

equipo. Asimismo, mapear las funciones claves de los equipos de trabajo de las diferentes áreas o servicios que intervienen con Emergencias, de manera constante, a través de planes programados. Ello con el fin de que, cuando se genere rotación de personal, se disminuyan los posibles errores y se facilite la adaptación del personal.

A modo de reflexión final, se recomienda a la CCSS, especialmente a los niveles estratégicos, seguir realizando esfuerzos en materia de planeación de operaciones y logística, considerando la relevancia que posee la institución como garante de la seguridad social. Ello implicaría prácticas que mantengan al país como referente internacional.

De la misma manera, enfocarse en la necesidad de realizar una revisión a profundidad del ápice estratégico pertinente al ámbito salud, además de considerar las diferencias operativas y logísticas de cada servicio, incluido Emergencias; de este modo, que la mejora continua y la estandarización de la atención sean un proceso que inicie en cada centro de salud. Por último, la necesidad de establecer, desde los mandos estratégicos, una estructura organizacional flexible y ágil que facilite las futuras reestructuraciones que surjan a raíz de cambios económicos o sociales, considerando como principio más importante el mantener la calidad del servicio prestado a las personas usuarias y a las personas habitantes de la República de Costa Rica.

Referencias bibliográficas

- Adnadmin (s.f.) "Design Thinking: una primera aproximación al concepto". *Bussiness ADN*. [Blog consultado el 26 de julio de 2021] <https://www.businessadn.com/blog/design-thinking-concepto/>
- Agüero, S. (2017, 20 de agosto). "Hospital Calderón Guardia recibirá pacientes por vía aérea". *La República*. <https://www.larepublica.net/noticia/hospital-calderon-guardia-recibira-pacientes-por-via-aerea>
- Aguilar, K. (s.f.). "El proceso de desconcentración de la CCSS desde la perspectiva de la contratación administrativa". *Revista Jurídica de Seguridad Social*, Ensayos 4, 44-66. <https://www.binasss.sa.cr/revistas/rjss/juridica13/ensayo4.pdf>
- Anónimo (2020, 23 de noviembre). "Hospital Calderón Guardia estrena magnífico almacén de medicamentos". *Periódico Mensaje*. <https://www.periodicomensaje.com/salud/5931-hospital-calderon-guardia-estrena-magnifico-almacen-de-medicamentos>
- Anónimo (2019, 25 de marzo). "Gerencia General de la CCSS asume unidades estratégicas para fortalecer la integración institucional". *Elpaís.cr*. <https://www.elpais.cr/2019/03/25/gerencia-general-de-la-ccss-asume-unidades-estrategicas-para-fortalecer-la-integracion-institucional/>
- Anónimo (2019, 7 de mayo). "¿Qué es un service blueprint?" *Buljan&Partners* Blog. <https://buljanandpartners.com/blog/que-es-un-service-blueprint/>

Aquilano, N., Chase, R. y Jacobs, R. (2009). *Administración de operaciones: producción y cadena de suministros*. (12ma edición). [https://www.u-cursos.cl/usuario/b8c892c6139f1d5b9af125a5c6dff4a6/mi_blog/r/Administracion de Operaciones - Completo.pdf](https://www.u-cursos.cl/usuario/b8c892c6139f1d5b9af125a5c6dff4a6/mi_blog/r/Administracion_de_Operaciones_-_Completo.pdf)

Araya, M. y Rivera, Y. (2005). “La reforma del sector salud: el fundamento teórico-metodológico de Trabajo Social desde los equipos de apoyo” (Tesis para optar por el grado académico de Licenciatura en Trabajo Social). <http://www.ts.ucr.ac.cr/binarios/tfglic/tfg-l-2005-17.pdf>

Ávalos, A. (2018, 16 de marzo). “Cardióloga denuncia 103 muertes más de enfermos en espera de cateterismo”. *La Nación*. <https://www.nacion.com/el-pais/salud/cardiologa-denuncia-103-muertes-mas-de-enfermos-en/7OTNXZIAFZFVZDSXCXHZQVVIAA/story/>

Ávalos, Á. (2015, 29 de junio). “Cicatriz del incendio aún sangra en el Hospital Calderón Guardia”. *La Nación*. http://www.nacion.com/nacional/salud-publica/Cicatriz-incendio-Hospital-Calderon-Guardia_0_1496650365.html

BINASSS (2017). “Informe técnico para el fortalecimiento de la atención de emergencias en la CCSS – 2017”. <https://repositorio.binasss.sa.cr/repositorio/bitstream/handle/20.500.11764/658/Informeemergencias.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

BINASSS (2014). “Lineamientos oficiales para la detección, prevención y control efectivo de la influenza pandémica AH1N1”.

[https://www.binasss.sa.cr/opac-
ms/media/digitales/Servicios%20de%20salud%20p%C3%BAblicos%20y%
20privados.pdf](https://www.binasss.sa.cr/opac-ms/media/digitales/Servicios%20de%20salud%20p%C3%BAblicos%20y%20privados.pdf)

BINASSS (2005). Información general Hospital Calderón Guardia.
<https://www.binasss.sa.cr/bibliotecas/bcg/datos1995.pdf>

Ávalos, Á. (2014, 23 de junio). "Calderón es el hospital más investigado por CCSS". *La Nación*. http://www.nacion.com/nacional/salud-publica/Calderon-hospital-investigado-CCSS_0_1422457796.html

BINASSS (1997). "El compromiso de gestión: teoría y evidencia". (5), 25-30.
<http://www.binasss.sa.cr/revistas/rcafss/v5next1997/art7.pdf>

Blanco, C. (2020, 18 de mayo). "En medio de la pandemia CCSS trabaja plan para recuperar citas, cirugías y procedimientos". *CCSS Noticias*.
https://www.ccss.sa.cr/noticias/servicios_noticia?en-medio-de-la-pandemia-ccss-trabaja-plan-para-recuperar-citas-cirugias-y-procedimientos

Bolaños, R. (2008). "La nueva gerencia pública y su aplicabilidad en la administración pública costarricense". *Revista Ciencias Económicas*. 26(1), pp.141-167.
<https://revistas.ucr.ac.cr/index.php/economicas/article/view/7160/6841>

Bowerson, D., Closs, D. y Cooper, M. (2007). *Administración y logística en la cadena de suministros*. (2da edición)

Business Alliance for Secure Commerce (2017). "Norma Internacional BASC".

<https://www.siacomex.com/archivos-pdf/1.12.-Norma-BASC-Version-5-de-2017.pdf>

Bustamante, X. (2021, 10 de agosto). "Movimiento de huelga de este martes afectó

limpieza en la Torre Este". CCSS *Noticias*.

https://www.ccss.sa.cr/noticias/servicios_noticia?movimiento-de-huelga-de-este-martes-afecto-limpieza-en-la-torre-este

Bustamante, X. (2020, 9 de setiembre). "CCSS está muy próxima a alcanzar su

capacidad máxima de ocupación de camas UCI para COVID-19". CCSS

noticias. [https://www.ccss.sa.cr/noticias/servicios_noticia?ccss-esta-muy-](https://www.ccss.sa.cr/noticias/servicios_noticia?ccss-esta-muy-proxima-a-alcanzar-su-capacidad-maxima-de-ocupacion-de-camas-uci-para-covid-19)

[proxima-a-alcanzar-su-capacidad-maxima-de-ocupacion-de-camas-uci-para-covid-19](https://www.ccss.sa.cr/noticias/servicios_noticia?ccss-esta-muy-proxima-a-alcanzar-su-capacidad-maxima-de-ocupacion-de-camas-uci-para-covid-19)

Bustamante, X. (2015, 25 de junio). "Servicio de Emergencias del Calderón

Guardia con nuevo sistema de clasificación de pacientes". CCSS *Noticias*.

www.ccss.sa.cr/noticia?servicio-de-emergencias-del-calderon-guardia-con-nuevo-sistema-de-clasificacion-de-pacientes

Caba, N., Chamorro, O. y Fontalvo, T. (s.f.). *Gestión de la producción y operaciones*.

http://biblioteca.utec.edu.sv/siab/virtual/elibros_internet/55847.pdf

Carvajal, G., Jiménez, A., Montero, J. y Sharpe, A. (2012). "Satisfacción del

usuario externo del Programa de Cirugía Ambulatoria del Servicio de Sala

de Operaciones del Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia, CCSS, junio de 2011”. [Trabajo final de graduación para optar por la Maestría Profesional con Énfasis en Administración] Universidad de las Ciencias y las Artes de Costa Rica, San José.

Castillo, I. (2014). “Las TIC en la logística empresarial y el sector público costarricense”. *Hacia la sociedad de la información y el conocimiento*. Cap. 3, 91-121.
http://www.prosic.ucr.ac.cr/sites/default/files/recursos/2014_cap3.pdf

CCSS (2020). Contraloría de Servicios.
<https://www.ccss.sa.cr/publicaciones?pagina=2&cat=20>

CCSS (2020). “Medidas para mitigar el impacto financiero de la pandemia de la COVID-19 para los años 2021-2022”.
<https://www.ccss.sa.cr/web/coronavirus/assets/materiales/personal/lineamientos/657.pdf>

CCSS (2020). “Sobre las medidas de atención y coordinación interinstitucional ante la alerta sanitaria por coronavirus (COVID-19)”. Directriz N° 073-S-MTSS.
<https://www.ccss.sa.cr/web/coronavirus/assets/materiales/personal/lineamientos/Directriz-073-S-MTSS.pdf>

CCSS (2020, mayo). *Lineamientos generales para hospitales, consultorios médicos, clínicas, servicios de emergencias y servicios de urgencias*

públicos y privados por enfermedad por coronavirus 2019 (COVID-19). (2da edición).

https://www.ministeriodesalud.go.cr/sobre_ministerio/prensa/docs/ls_ss_007_consultorios_hospitales_24052020.pdf

CCSS (1999) “Ley General de Salud”. Ley N° 5395. <https://www.ccss.sa.cr/arc/normativa/13/L-5395.zip>

CCSS (2000). “Ley de Financiación Hospitalaria”. Ley N° 2854. <https://www.ccss.sa.cr/arc/normativa/13/L-2854.zip>

CCSS (2019). “Hospitales”. <https://www.ccss.sa.cr/hospitales?v=9>

CCSS (2019). “Ley Constitutiva de la CCSS. Ley N° 17”. <https://www.ccss.sa.cr/arc/normativa/13/L-17.zip>

CCSS (2019). *Memoria Institucional 2019*. <https://repositorio.binasss.sa.cr/repositorio/bitstream/handle/20.500.11764/3649/memoria2019.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

CCSS (2019). “SJD-1658-2019 Presupuesto ordinario 2020”. https://www.ccss.sa.cr/arc/presupuesto/183/per_2020.zip

CCSS (2018) “Informe final de resultados: encuestas de satisfacción a los y las funcionarios (as) y usuarios (as) externos de los servicios de emergencias de los hospitales” [Manuscrito no publicado]. Gerencia Médica, San José.

CCSS (2018). *Lineamientos generales y específicos para el abastecimiento de medicamentos, insumos médicos y producción industrial de bienes y*

servicios de la CCSS. (2da edición).

<https://www.ccss.sa.cr/normativa?cat=191>

CCSS (2018). “Manual de supervisión de enfermería para los tres niveles de atención”. <https://www.ccss.sa.cr/arc/normativa/14/manual-supervision-enfermeria-tres-niveles.zip>

CCSS (2018). *Memoria institucional 2018*.

https://www.ccss.sa.cr/descargas/descargas?archivo=memoria_ccss_2018.zip

CCSS (2016). “Manual de Organización de la Gerencia de Logística 2016”. <https://www.ccss.sa.cr/arc/normativa/14/manual-organizacion-gerencia-logistica.zip>

CCSS (2015). “Resumen ejecutivo del Informe de auditoría interna N° ASS-403-2015”. <http://www.ccss.sa.cr/auditoria>

CCSS (2015). “Resumen ejecutivo del Informe de auditoría interna N° ASS-424-2015”. <http://www.ccss.sa.cr/auditoria>

CCSS (2015, 27 de mayo). “CCSS revisa modelo de prestación de servicios de salud. CCSS Noticias. <https://www.ccss.sa.cr/noticiaspdf.php?id=2101>

CCSS (2015, marzo). “Subproceso: prestación de servicios de salud en el Servicio de Emergencias de los hospitales de la CCSS”.

<https://docplayer.es/49572176-Sub-proceso-prestacion-de-servicios-de-salud-en-el-servicio-de-emergencias-de-los-hospitales-de-la-ccss.html>

CCSS (2014). ["Manual de procedimientos para las subáreas de almacenamiento y distribución de la CCSS. https://www.ccss.sa.cr/arc/normativa/14/manual-procedimientos-subareas-almacenamiento-y-distribucion.zip"](https://www.ccss.sa.cr/arc/normativa/14/manual-procedimientos-subareas-almacenamiento-y-distribucion.zip)

CCSS (2014). *Memoria Institucional*. <http://www.ccss.sa.cr/cultura#memorias>

CCSS (2007). "Una CCSS renovada hacia el 2025: Políticas Institucionales 2007-2012". *Planeamiento Estratégico Institucional y Programación de Inversiones*. https://www.ccss.sa.cr/arc/normativa/16/politicas_ccss_2007_2025f.zip

CCSS (s.f.) "Reforma a la Ley Constitutiva de la CCSS del 28 de noviembre de 1983". Ley N° 6914. <https://www.ccss.sa.cr/arc/normativa/13/L-6914.zip>

Centro Centroamericano de Población (s.f.). "Personajes de la planificación familiar". Entrevista a Guido Miranda Gutiérrez. https://ccp.ucr.ac.cr/documentos/portal/personajes_planificacion_familiar/guido_miranda_gutierrez_entrevistado_por_maria_carranza_ppf_I_parte.pdf

CEPAL (2006). *Manual de prospectiva y decisión estratégica: bases teóricas e instrumentos para América Latina y el Caribe*. Impreso en Naciones Unidas, Santiago de Chile.

https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/5490/1/S0600190_es.pdf

CGR (2020). “Formulario general aplicado a los 21 servicios evaluados”.
<https://drive.google.com/file/d/1oL4VIHRFUvdf2iC9af03w0FuVP1Xtzqx/view>

CGR (2015). “Oficio No.00829”.
https://cgrfiles.cgr.go.cr/publico/docs_cgr/2015/SIGYD_D_2015000946.pdf

CGR (2019). “Informe de Presupuestos Públicos 2019”.
<https://sites.google.com/cgr.go.cr/presupuestos-publicos-2019/an%C3%A1lisis-de-instituciones-seleccionadas-y-sector-municipal/caja-costarricense-de-seguro-social-ccss>

CGR (2020). “CGR autoriza contratar suministro de gases medicinales a Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia”. *Oficio N°17510*.
<https://cgrfiles.cgr.go.cr/publico/docswweb/documentos/sala-prensa/boletines/2020/oficio-autorizacion-17510-2020.pdf>

CGR (2020). “Gestión y estado de la continuidad de los servicios públicos en la emergencia”.
<https://sites.google.com/cgr.go.cr/covid-19/Continuidad-servicios-publicos/Gestion-y-estado-de-la-continuidad-de-los-servicios-publicos-emergencia>

CGR (2020). “Resoluciones”. Resolución N°R-DC-11-2020.

<https://cgrfiles.cgr.go.cr/publico/docsweb/documentos/ca/r-dc-11-2020-limites-ca.pdf>

CGR (2020). “Seguimiento de la gestión continuidad de los servicios públicos críticos ante la emergencia sanitaria”. *Informe Nª DFOE-EC-SGP-00003-2020*.

https://cgrfiles.cgr.go.cr/publico/docs_cgr/2020/SIGYD_D/SIGYD_D_2020_020375.pdf

Chiavenato, I (2000). *Administración de recursos humanos* (5ta edición). McGraw-Hill.

<http://www.untumbes.edu.pe/vcs/biblioteca/document/varioslibros/Administraci%C3%B3n%20de%20recursos%20humanos.%20Chiavenato.pdf>

CIESS (2015). *Diagnóstico administrativo | Glosario de términos de la seguridad social en América*. Biblioteca digital de seguridad social.

<http://biblioteca.ciess.org/glosario/content/diagn%C3%B3stico-administrativo>

Colombo, A (2019). “¿Qué es el Customer Journey Map?” *QMATIC*.

<https://www.qmatic.com/es-es/blog/que-es-el-customer-journey-map-y-para-que-sirve/>

Comité de Emergencias Oficinas Centrales (2010). “Plan de Emergencias Oficinas Centrales”.

https://www.ccss.sa.cr/arc/normativa/14/plan_emergencias_noviembre_2010.zip

Coto, D. (2021, 24 de junio). “Centro de coordinación de traslados es el artífice de los traslados de pacientes hospitalizados con COVID-19”. *CCSS Noticias*.
https://www.ccss.sa.cr/noticias/servicios_noticia?centro-de-coordinacion-de-traslados-es-el-artifice-de-los-traslados-de-pacientes-hospitalizados-con-covid19

Cruz Roja Costarricense (2020). “Atención prehospitalaria y primeros auxilios”.
http://www.cruzroja.or.cr/?page_id=86

De Moraes, H. (1995). “Elaboración de manuales de organización y procedimientos hospitalarios”. *Revista Hospitales de Costa Rica*, 32, 5-11.
<https://www.binasss.sa.cr/revistas/hcr/n321995/art2.pdf>

DHR (2013, 10 de junio). “Defensoría pide cuentas a la CCSS sobre pacientes en lista de espera de ortopedia”.
<http://www.dhr.go.cr/actualidad/boletines/2014/junio/0.19.Pacientes%20de%20Ortopedia.pdf>

Esquivel, F (2003). “Análisis administrativo, Sistema de Contraloría de Servicios de la Caja Costarricense de Seguro Social” [Trabajo final de graduación para optar por el posgrado de Maestría en Administración de Servicios de Salud Sostenibles]. UNED, San José.

<https://repositorio.uned.ac.cr/bitstream/handle/120809/1075/analisis%20del%20sistema%20de%20controlaria.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

García, R (2004). “El sistema nacional de salud en Costa Rica: generalidades”.

<https://www.binasss.sa.cr/opac-ms/media/digitales/El%20Sistema%20nacional%20de%20salud%20en%20Costa%20Rica.%20Generalidades.pdf>

Gerencia Administrativa C.C.S.S., Dirección de Desarrollo Organizacional C.C.S.S., y Área Estructuras Organizacionales C.C.S.S. (2016, noviembre).

“Manual de Organización de la Gerencia Logística” Caja Costarricense de Seguro Social. <https://www.ccss.sa.cr/normativa>

Gobierno de la República de Costa Rica (1949). *Constitución Política de Costa Rica*.

http://www.pgrweb.go.cr/scij/busqueda/normativa/normas/nrm_texto_completo.aspx?nValor1=1&nValor2=871¶m1=NRTC&strTipM=TC

Gobierno de la República de Costa Rica (1995) “Ley de Contratación Administrativa N.º7494”.

http://www.pgrweb.go.cr/scij/Busqueda/Normativa/Normas/nrm_texto_completo.aspx?nValor1=1&nValor2=24284&nValor3=95769¶m1=NRTC&strTipM=TC

Guardia, C. (1940, 8 de mayo). “Discurso inaugural del Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia, presidente de la República, al Congreso Constitucional”.

<https://docs.google.com/viewer?a=v&pid=sites&srcid=ZGVmYXVsdGRvbWFpbnxtZW5zYWplcHJlc2lkZW5jaWFsY3J8Z3g6NzlyMTNhNjVjYWVmYWlx>

Gutiérrez, G. y Piedra, M. (2018). “Análisis de contratos administrativos suscritos bajo la modalidad de entrega por consignación en el hospital Doctor Rafael Ángel Calderón Guardia al 2015” [Trabajo final de investigación aplicada sometido a la consideración de la Comisión del Programa de Estudios de Posgrado en Administración Pública para optar por el posgrado y título de Maestría Profesional en Administración Pública con Énfasis en Administración de Contratos]. Universidad de Costa Rica, San José.

Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2014). *Metodología de la investigación* (6ta edición). Editorial Mc Graw Hill Education. México.

Jones, C. (2017). “El mundo de la medicina necesita muchos datos y Finlandia los tiene”. *This is Finland*. https://finland.fi/es/neegocios-amp-innovacion/el-mundo-de-la-medicina-necesita-muchos-datos-y-finlandia-los-tiene/?fbclid=IwAR2hWPkEz6gEF4DZS9p5-gN-WV8ZN4_-ppZnPOiyOvHMXglWgsUpDIgrNpQ

Llordachs, F. (s.f.) “¿Cuál es la mejor sanidad pública del mundo según OMS?” *Clinic Cloud*. [Blog consultado el 1 de agosto de 2021]. <https://clinic-cloud.com/blog/cual-es-la-mejor-sanidad-publica-del-mundo-segun-oms/#los-criterios-que-se-tienen-en-cuenta-para-evaluar-la-sanidad-de-un-pais>

Marín, J. (2008). “Causas y efectos de la saturación del Servicio de Emergencias de la Clínica de Chomes, Puntarenas”. [Tesis de Maestría en Gerencia de la Salud]. ICAP, San José.
http://biblioteca.icap.ac.cr/BLIVI/TESIS/2008/Marin_Gomez_Jose_Pablo_2008_SA.pdf

Melara, M. (2017). “¿Qué es el empathy map y para qué sirve?” *El Blog de Marlon Melara*. <https://marlonmelara.com/que-es-el-empathy-map-y-para-que-sirve/>

Meoño, J (2010). “Liderazgo administrativo para el cambio. Lo público y lo privado”. *Ciencias Económicas* 28(2), 47-58.
<https://revistas.ucr.ac.cr/index.php/economicas/article/download/7079/6764/>

Ministerio de Salud de Chile (2017, 36 de abril). “Ministra Castillo y cuenta pública 2017: hemos logrado avances concretos que están cambiando la cara de la salud de Chile”. *MINSAL*. <https://www.minsal.cl/ministra-castillo-y-cuenta-publica-2017-hemos-logrado-avances-concretos-que-estan-cambiando-la-cara-de-la-salud-de-chile/>

MINSA (2020). “Conferencia de prensa de actualización de acciones e información sobre la COVID-19”. *Facebook*. Recuperado el 19 de julio de 2020, desde: <https://www.facebook.com/486567330136/videos/741406189926220>

MINSA (2020). “Conferencia de prensa de actualización de acciones e información sobre la COVID-19”. *Facebook*. Recuperado el 20 de julio de 2020, desde:

<https://www.facebook.com/486567330136/videos/888890501596767>

MINSA (2002). “Derechos y deberes de las personas usuarias de los servicios de salud públicos y privados”. *Ley N° 8239*.

https://www.ministeriodesalud.go.cr/gestores_en_salud/derechos%20humanos/leyes/leyusuariossalud.pdf

MINSA (2016). “Plan Nacional de Salud 2016-2020”.

<https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/biblioteca-de-archivos/sobre-el-ministerio/politicas-y-planes-en-salud/planes-en-salud/964-plan-nacional-de-salud-2016-2020/file>

MINSA (2018). “Informe de Sistema de Cuentas de Salud de Costa Rica. Período 2011-2016”. <https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/biblioteca-de-archivos/centro-de-informacion/material-publicado/publicaciones-guia-metodologica-para-la-aplicacion-del-sistema-de-cuentas-de-salud-2011/4030-informe-del-sistema-de-cuentas-salud-cr-2011-2016/file>

MINSA (2020). “Lineamientos generales para el traslado prehospitalario de pacientes en el marco de la alerta sanitaria por coronavirus (2019-nCoV)”.

https://www.ministeriodesalud.go.cr/sobre_ministerio/prensa/docs/lineamientos_generales_ambulancias_v1.pdf

MINSA (2020, 26 de febrero). “Costa Rica ya cuenta con la prueba de laboratorio para detectar la enfermedad COVID-19”. *Ministeriodesalud.go.cr*.
<https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/centro-de-prensa/noticias/741-noticias-2020/1547-costa-rica-ya-cuenta-con-la-prueba-de-laboratorio-para-detectar-la-enfermedad-covid-19>

MINSA (2020, 9 de setiembre). “CCSS podrá hacer uso de unidades de cuidados intensivos en centros privados para ingreso de pacientes COVID-19”. Centro de Prensa. <https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/centro-de-prensa/noticias/741-noticias-2020/1881-ccss-podra-hacer-uso-de-unidades-de-cuidados-intensivos-en-centros-privados-para-ingreso-de-pacientes-covid-19>

MINSA. (2021). “Lineamientos generales para el traslado de personas confirmadas o sospechosas por COVID-19”.
https://www.ministeriodesalud.go.cr/sobre_ministerio/prensa/docs/ls_si_01_2_lineamientos_generales_traslado_personas_confirmadas_sospechosas_02032021.pdf

Mintzberg, H. (1979). *La estructuración de las organizaciones*. Prentice-Hall Inc.
<https://es.scribd.com/document/363762101/Estructuracion-de-Las-Organizaciones-Henry-Mintzberg-COMPLETO>

Mintzberg, H. (1991). *Diseño de organizaciones eficientes*. (2da edición). McGill University.

<https://tecnoadministracionpub.files.wordpress.com/2016/08/u2-mintzberg-e28093-disec3b1o-de-organizaciones-eficientes.pdf>

Mirón, A. (2017, 7 de junio). “¡Qué desgracia caer como asegurado a emergencias del Hospital Calderón Guardia!” *El País*.
<https://www.elpais.cr/2017/06/05/que-desgracia-caer-como-asegurado-a-emergencias-del-hospital-calderon-guardia/>

Miyahira, J. (2001). “Calidad en los servicios de salud ¿Es posible?” *Rev. Med. Hered.*, 12(3), 75-77. <http://www.scielo.org.pe/pdf/rmh/v12n3/v12n3e1.pdf>

Molina, A. (2016). “Tema 9: Análisis de sistemas administrativo”.
<https://silo.tips/download/tema-9-analisis-de-sistemas-administrativos#>

Montero, I. (2021, 7 de julio). “Hospital Calderón Guardia reprogramará cirugía a 21 pacientes afectados por huelga de trabajadores”. *CCSS Noticias*.
https://www.ccss.sa.cr/noticias/servicios_noticia?hospital-calderon-guardia-reprogramara-cirugia-a-21-pacientes-afectados-por-huelga-de-trabajadores

Moya, G. (2014, 30 de mayo). “Exjefe de Ortopedia del Calderón Guardia dice desconocer fraude con facturas”. *Teletica.com*.
<http://www.teletica.com/Noticias/55012-Exjefe-de-Ortopedia-del-Calderon-Guardia-dice-desconocer-fraude-con-facturas.note.aspx>

Moya, G. (2014, 5 de junio). “Sospechan que empresa proveedora del Calderón Guardia tenía sellos del hospital”. *Teletica.com*.

<http://www.teletica.com/Noticias/55686-Sospechan-que-empresa-proveedora-del-Calderon-Guardia-tenia-sellos-del-hospital.note.aspx>

OCDE (2017). “Estudios de la OCDE sobre los sistemas de salud Costa Rica: Evaluación y Recomendaciones”.

<https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/biblioteca-de-archivos/tramites/registros-de-gestores-de-la-salud/ocde-residuos/3564-estudios-de-la-ocde-sobre-los-sistemas-de-salud-costa-rica/file>

OCDE (2020). “Estudios económicos de la OCDE: Costa Rica”.

<https://www.oecd.org/economy/surveys/costa-rica-2020-OECD-economic-survey-overview-spanish.pdf>

OECD (2013). “Review of Health Care Quality: Sweden raising standards”.

https://read.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/oecd-reviews-of-health-care-quality-sweden-2013_9789264204799-en#page1

OMS. y OPS. (2019). “57º Consejo Directivo”. 71ª sesión del Comité Regional de

la OMS para las Américas. https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&view=download&alias=49721-cd57-12-s-strategia-pda-calidad-atencion&category_slug=cd57-es&Itemid=270&lang=es

ONARHUS (2010). “Perfil del recurso humano CCSS”.

http://onarhus.ministeriodesalud.go.cr/sites/observatorio_cr/files/documentos/ORHS_CCSS_2010.ppt

ONU (1948). *La declaración universal de derechos humanos*.

<https://www.un.org/es/about-us/universal-declaration-of-human-rights>

ONU (2015). “Objetivos de Desarrollo Sostenible”.

<https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/>

OPS (2010). “Perfil del sistema de Costa Rica: monitoreo y análisis de los procesos de cambio y reforma”.

[https://www.paho.org/cor/index.php?option=com_docman&view=download
&category_slug= analisis-de-situacion-de-salud&alias=87-perfil-de-
situacion-de-salud-de-costa-rica-setiembre-2010&Itemid=222](https://www.paho.org/cor/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug= analisis-de-situacion-de-salud&alias=87-perfil-de-situacion-de-salud-de-costa-rica-setiembre-2010&Itemid=222)

OPS (2016). “Estrategia de Cooperación con Costa Rica 2016-2019”.

[https://www.paho.org/es/documentos/estrategia-cooperacion-con-costa-
rica-2016-2019](https://www.paho.org/es/documentos/estrategia-cooperacion-con-costa-rica-2016-2019)

OPS (2020). “Nuevo coronavirus 2019”.

<https://www.who.int/es/emergencias/diseases/novel-coronavirus-2019>

Organización Internacional de la Normalización. (2018). “ISO 9001 - Software ISO 9001 de Sistemas de Gestión ISO”. *Software ISO*.

<https://www.isotools.org/normas/calidad/iso-9001/>

Organización Internacional de la Normalización (2018b). “Norma ISO 9004 2018 ¿Cómo lograr el éxito a lo largo del tiempo?” *Software ISO*.

[https://www.isotools.org/2018/04/19/norma-iso-9004-2018-como-lograr-el-
exito-a-lo-largo-de-tiempo/](https://www.isotools.org/2018/04/19/norma-iso-9004-2018-como-lograr-el-exito-a-lo-largo-de-tiempo/)

Otárola, S. (2015, 25 de mayo). "CCSS invertirá más de €400 mil millones en infraestructura hospitalaria y equipo médico". *Gobierno CR*.
<http://gobierno.cr/ccss-invertira-mas-de-%C2%A2400-mil-millones-en-infraestructura-hospitalaria-y-equipo-medico/>

Paredes, J. (2001). *Planificación y control de la producción*.
http://209.177.156.169/libreria_cm/archivos/pdf_959.pdf

Presidencia de la República (2018, 11 de enero). "CCSS dará giro de 180° en la atención de emergencias durante el 2018". *Presidencia.go.cr*.
<https://presidencia.go.cr/comunicados/2018/01/ccss-dara-giro-de-180-en-la-atencion-de-emergencias-durante-el-2018/>

Presidencia de la República (2014, 24 de octubre). CCSS extiende sistema de pedidos electrónicos a todas sus unidades médicas. *Presidencia.go.cr*.
<https://www.presidencia.go.cr/comunicados/2014/10/115-ccss-extiende-sistema-de-pedidos-electronicos-a-todas-sus-unidades-medicas/>

Presidencia de la República (2019, 28 de agosto). "Hospital Calderón Guardia dará viaje con nueva Torre Este". *Presidencia.go.cr*.
<https://www.presidencia.go.cr/comunicados/2019/08/hospital-calderon-guardia-dara-viraje-con-nueva-torre-este/>

Presidencia de la República (2020). "Decreto sobre suspensión de actividades de concentración masiva de personas". *Decreto N° 42221-S*. <https://bit.ly/3aLlOIA>

Presidencia de la República (2020, 23 de junio). "CCSS ajusta medidas financieras de apoyo durante 2020 ante emergencia nacional". *Presidencia.go.cr*. <https://www.presidencia.go.cr/comunicados/2020/06/ccss-ajusta-medidas-financieras-de-apoyo-durante-2020-ante-emergencia-nacional/>

Presidencia de la República (2020, 28 de setiembre). "Torre Este del Hospital Calderón Guardia habilitada al 100%". *Presidencia.go.cr*. <https://www.presidencia.go.cr/comunicados/2020/09/torre-este-del-hospital-calderon-guardia-habilitada-al-100/>

Prim, A. (s.f.) "Mapa de empatía: la herramienta perfecta para conocer a tu cliente". *Innobaki* [Blog consultado el 25 de julio de 2021]. <https://innokabi.com/mapa-de-empatia-zoom-en-tu-segmento-de-cliente/>

Quirós, G. (2015, 21 de setiembre). "70 Aniversario Hospital Calderón Guardia". *La República*. https://www.larepublica.net/noticia/70_aniversario_hospital_calderon_guardia

Quirós, R. (1993, abril). "Nuevos modelos de atención de salud". *Revista Jurídica de Seguridad Social*, 3, 21-30. <http://www.binasss.sa.cr/revistas/rjss/juridica3/03.pdf>

Recio, P. (2016, 13 de noviembre). "Colapsa Servicio de Emergencias del Hospital San Juan de Dios". *La Nación*. http://www.nacion.com/nacional/salud-publica/Colapsa-Hospital-San-Juan-Dios_0_1597240360.html

Rojas, P. (2015, 20 de agosto). "Edificio del Calderón Guardia es 'un peligro' para usuarios". *Crhoy.com*. <http://www.crhoy.com/edificio-del-calderon-guardia-es-un-peligro-para-usuarios/nacionales/>

Salazar, D. (2017, 21 de abril). "Exdirector de la CCSS: 'Difícilmente algunas jerarquías sepan qué va a pasar con la Caja en cinco años'". *El Financiero*. <https://www.elfinancierocr.com/economia-y-politica/exdirector-de-la-ccss-dificilmente-algunas-jerarquias-sepan-que-va-a-pasar-con-la-caja-en-cinco-anos/RB4BFAAX6FC2FJQWSUQOGHGLI4/story/>

SCIJ (2014, 5 de enero). "Ley de Desconcentración de los Hospitales y Clínicas de la CCSS. Ley N° 7852". *La Gaceta* (250). http://www.pgrweb.go.cr/scij/Busqueda/Normativa/Normas/nrm_texto_completo.aspx?nValor1=1&nValor2=30166

SCIJ (2012). "Oficializa manual de bioseguridad para establecimientos de salud y afines N° 37552-S". *La Gaceta* (42). https://www.pgrweb.go.cr/scij/Busqueda/Normativa/Normas/nrm_texto_completo.aspx?param1=NRTC&nValor1=1&nValor2=74310&nValor3=91709&strTipM=TC

SCIJ (2011, 11 de marzo). "Protección al ciudadano del exceso de requisitos y trámites administrativos. Ley N° 8220". *La Gaceta* (49). http://www.pgrweb.go.cr/scij/Busqueda/Normativa/Normas/nrm_texto_completo.aspx?param1=NRTC&nValor1=1&nValor2=48116&nValor3=86446&strTipM=TC

SCIJ (2000, 5 de enero). “Reglamento a la Ley N.º 7852 Desconcentración de hospitales y clínicas de la Caja Costarricense de Seguro Social”. *La Gaceta* (3).

http://www.pgrweb.go.cr/scij/Busqueda/Normativa/Normas/nrm_texto_completo.aspx?param1=NRTC&nValor1=1&nValor2=56310&nValor3=61713&strTipM=TC

SCIJ (1995, 14 de setiembre). “Reglamento de Atención Prehospitalaria No. 24600-S. Decreto Ejecutivo 24600”. *La Gaceta* (175).

http://www.pgrweb.go.cr/scij/Busqueda/Normativa/Normas/nrm_texto_completo.aspx?param1=NRTC&nValor1=1&nValor2=22167&nValor3=23515&strTipM=TC

SCIJ (1971, 14 de julio). “Reglamento General de Hospitales Nacionales. Decreto Ejecutivo No. 1743”. *La Gaceta* (143).

http://www.pgrweb.go.cr/scij/Busqueda/Normativa/Normas/nrm_texto_completo.aspx?param1=NRTC&nValor1=1&nValor2=12713&nValor3=13656&strTipM=TC

Sharpe, A. (2015). “Avance Físico de Metas 2014-2015”. Servicio de Cirugía Ambulatoria de Sala de Operaciones, Hospital Rafael Ángel Calderón Guardia, San José, Costa Rica.

Sharpe, A. (2015). “Informe estadístico del Servicio de Cirugía Ambulatoria de Sala de Operaciones”. Hospital Rafael Ángel Calderón Guardia, San José, Costa Rica.

Solís, M. (2017, 4 de octubre). “Junta directiva de la CCSS aprobó el plan presupuestario 2018 por un monto de 3.789.631 millones de colones”.

CCSS *Noticias*. <https://www.ccss.sa.cr/noticia?junta-directiva-de-ccss-aprobo-el-plan-presupuesto-2018-por-un-monto-de-3.798-631-millone>

Solís, M. (2018, 3 de diciembre). “Doctor Roberto Cervantes asumirá gerencia de la CCSS”. *CCSS Noticias*. <https://www.ccss.sa.cr/noticia?doctor-roberto-cervantes-asumira-gerencia-general-de-la-ccss>

[cervantes-asumira-gerencia-general-de-la-ccss](https://www.ccss.sa.cr/noticia?doctor-roberto-cervantes-asumira-gerencia-general-de-la-ccss)

Valle del Guadiana (2015). *Norma Internacional ISO 9001* (5ta edición).

[http://www.itvalledelguadiana.edu.mx/ftp/Normas%20ISO/ISO%209001-2015%20Sistemas%20de%20Gesti%C3%B3n%20de%20la%20Calidad.p](http://www.itvalledelguadiana.edu.mx/ftp/Normas%20ISO/ISO%209001-2015%20Sistemas%20de%20Gesti%C3%B3n%20de%20la%20Calidad.pdf)

[df.](http://www.itvalledelguadiana.edu.mx/ftp/Normas%20ISO/ISO%209001-2015%20Sistemas%20de%20Gesti%C3%B3n%20de%20la%20Calidad.pdf)

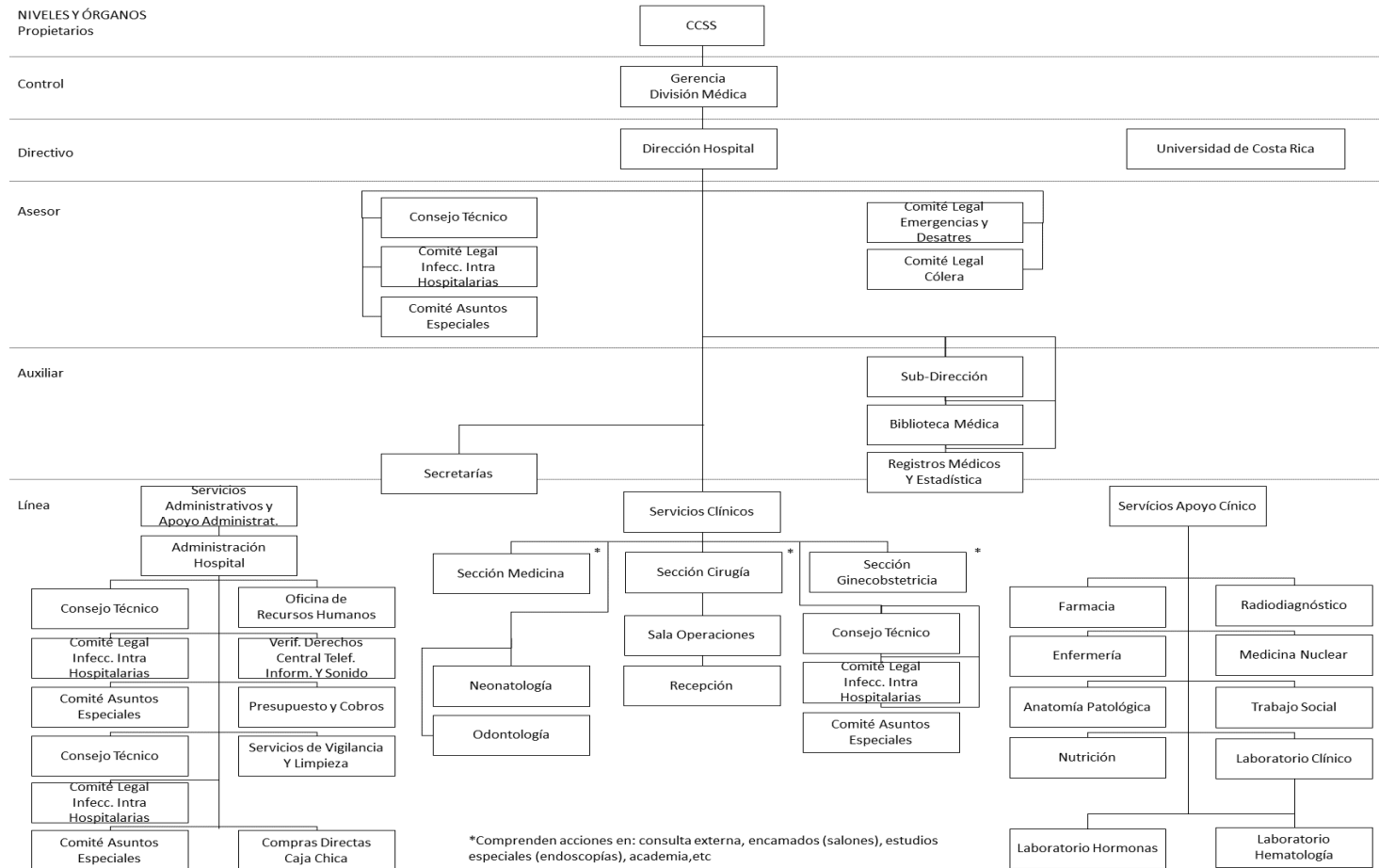
Anexos

Anexo 1. Reformas al sector salud en Suecia



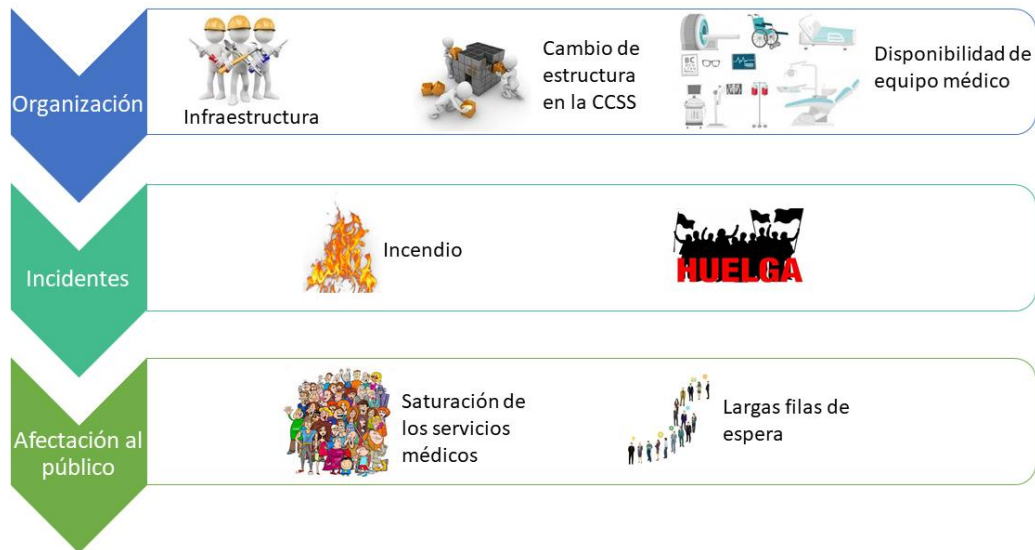
Fuente: Elaboración propia de las investigadoras con base en datos de OEDC, 2013

Anexo 2. Organigrama del Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia



Fuente: Jaramillo, 1998

Anexo 3. Problemas presentes en los hospitales



Fuente: Elaboración propia de las investigadoras para efectos del presente trabajo investigativo

Anexo 4. Preguntas realizadas a personas funcionarias

María Delia Herrera Flores
Profesional 2 de la Contraloría de Servicios, HDRACG

Grosso modo, ¿cuáles funciones desempeña la Contraloría de Servicios en el hospital?

- ¿Cuál es el procedimiento por seguir para presentar una inconformidad?
- ¿Cuál es el proceso que se sigue para la atención de los casos?
- ¿Categorizan las inconformidades? De ser así, ¿bajo cuál criterio?
- ¿Poseen estadísticas sobre las inconformidades que reciben anualmente?
- ¿Cuál ha sido la tendencia en lo que respecta a la cantidad de inconformidades? (Mejora o empeora).
- ¿De qué manera la información que reciben ha influido en la planificación del hospital?
- ¿En cuáles áreas del hospital se recibe la mayor cantidad de inconformidades?
- ¿Cuál es su análisis sobre el descontento de la población atendida hacia los servicios brindados?
- ¿Qué tipo de auditoría recibe la Contraloría de Servicios? ¿Cada cuánto la reciben?

- ¿Se han tomado acciones hacia el personal médico y/o administrativo que ha recibido alguna inconformidad?
- ¿Qué papel ha tenido la Contraloría antes y durante la pandemia?

Adán Pérez González
Auxiliar de quirófano, HDRACG

Proceso

- ¿Tienen un manual para guiar el proceso de compras? ¿Si es así, se sigue al pie de la letra?
- ¿De qué forma organizan los insumos por utilizar durante el año?
- ¿En caso de necesitar un insumo, quién es el encargado de hacer la solicitud? ¿Adónde se dirige la solicitud?
- ¿Cuáles son los pasos para una compra urgente? ¿Hay diferencias entre una solicitud normal?
- ¿A grandes rasgos, cómo solicitan los insumos a cada departamento?
- ¿Cuáles son los departamentos o áreas involucradas en el proceso que va, desde la solicitud del suministro, hasta la recepción de éste?
- ¿Cómo es la comunicación y coordinación entre los departamentos involucrados para realizar una solicitud? ¿Se gestiona por medio de una persona o en conjunto?
- ¿Cuáles serían los tiempos de respuestas de los departamentos involucrados?
- ¿Realizan inventarios diarios, semanales o mensuales?
- ¿Cómo realizan las compras de los insumos más utilizados?
- ¿Tienen que realizar el proceso de compra directa, licitaciones cada vez que van a comprar o ya tienen un proveedor al cual solo le pasan el pedido?
- ¿Cada cuánto deben renovar las licitaciones?
- ¿Quién realiza la aprobación de los insumos para abastecer las bodegas? ¿Cuánto tiempo tarda esta aprobación?
- Al tener los insumos almacenados, ¿qué proceso se sigue para que cada departamento retire lo que necesita para atender?
- ¿Quién realiza la aprobación de los insumos para el inventario de cada área o departamento? ¿Cuánto tiempo tarda esta aprobación?
- ¿Qué le gustaría mejorar en el proceso de obtención de insumos?

Insumos y abastecimiento

- ¿Con cuántos proveedores cuenta para las distintas compras? ¿Qué sucede si poseen un proveedor único y no se encuentra disponible?
- ¿Cuál porcentaje de insumos manejan en *stock*? ¿Considera que sea suficiente?
- ¿De qué forma almacenan los insumos que entran? ¿Se rigen bajo algún lineamiento?

- ¿Cuál es el promedio del tiempo total que abarca el proceso de recepción y solicitud de suministros?
- ¿Cuál es la frecuencia con la que solicitan los suministros generalmente?
- ¿Qué suele ser lo que más solicitan?
- ¿El inventario del hospital se encuentra abastecido adecuadamente para responder a las necesidades de cada área?
- ¿Se maneja una bodega general o cada departamento cuenta con almacenamiento propio?

Contexto pandemia

- Durante la pandemia, ¿cómo se procesan los pedidos al encargado de Logística? ¿Ha sido más difícil?
- ¿Cómo se han financiado los insumos adquiridos de emergencia durante la pandemia por COVID-19?
- ¿Cuánto ha sido el aumento de insumos a lo largo de la pandemia? ¿Cuál ha sido el insumo que incrementó más?
- ¿Cuál es su análisis sobre la gestión contractual prepandemia y durante la pandemia?
- ¿Cuáles aprendizajes destaca sobre los cambios, ya sean positivos o negativos, que ha dejado la pandemia por COVID-19?

Dr. Donald Corella

Especialista en Medicina de Emergencia y director del Área de Emergencias, HDRACG, primera entrevista

- ¿Cómo es la relación con los departamentos anexos?
- ¿Cuáles aspectos de mejora considera necesarios en el Área de Emergencias?
- En cuanto a los lineamientos internos por seguir, ¿cree que alguno debe modificarse o suprimirse?
- Dentro del Área de Emergencias del HCG existen procedimientos, lineamientos, directrices, protocolos internos, entre otros, que sean solo para esta área o, por el contrario, que hayan sido aprobados o diseñados por ustedes. ¿Cuáles?
- ¿Cuál es el nivel de rotación de personal en el Área de Emergencias (excluyendo los cambios de turno)? ¿Qué influencia ha tenido en la atención médica?
- En cuanto a las metas del departamento, ¿son cambiantes conforme al contexto o se mantienen las mismas?
- ¿Cómo se maneja el presupuesto asignado al Área de Emergencias?
- ¿Poseen la potestad para declarar emergencia a nivel administrativo o de salud? ¿Cómo se procede?

Dr. Donald Corella
Especialista en Medicina de Emergencia y director del Área de Emergencias,
HDRACG, segunda entrevista

- ¿Se han realizado evaluaciones del Servicio de Emergencias, tanto en este hospital, como a nivel nacional? Si es así, ¿cuáles resultados obtuvieron y cada cuánto lo evalúan?
- ¿Cuáles requisitos se piden para realizar este tipo de evaluaciones a pacientes y funcionarios?
- ¿Cuáles prácticas han adoptado de otros países y se han implementado en este hospital?
- ¿Cuáles mejoras se han gestionado en el Servicio de Emergencias del HDRACG?
- ¿Qué los impulsa a impulsar mejoras en el Área de Emergencias?
- ¿Cómo se ha atendido a la población COVID y no COVID? ¿Cuáles lineamientos ha girado el MINSA?
- ¿Cómo se estructura el organigrama del HDRACG?
- ¿De qué forma han aprovechado la construcción de la Torre Este en época de pandemia?
- ¿Cómo es la coordinación interinstitucional con la Cruz Roja o paramédicos?
- ¿Poseen planes de contingencia ante los distintos escenarios que se pueden presentar o que ya se han presentado?
- ¿Cuáles lecciones le ha dejado la pandemia a la Dirección del Área de Emergencias? De estas lecciones, ¿cuáles prácticas considera que deben continuar?

Dra. Carolina Jiménez Jiménez
Jefe de servicio de Cirugía General, HDRACG

- ¿Cuáles son sus funciones a nivel administrativo?
- ¿La comunicación manejada entre áreas se realiza por algún sistema o directamente por correos o mensajes?
- ¿Cómo se ve involucrada la gestión de inventarios en el área donde labora?
- ¿Hace cuánto se manejan las compras por demanda?
- ¿Cómo se gestiona la jefatura de compras?
- Con respecto a manuales, ¿cuál es la guía para orientar el proceso de compras y manejos?
- ¿Cuáles aspectos de mejora considera pertinentes por implementar?
- Al ser general el Área de Cirugía, debe tener relación con el Área de Emergencias. ¿Nos podría comentar un poco sobre esa relación?
- ¿Cuáles retos se visualizaron en el área antes de la pandemia?
- ¿Cómo ha gestionado el HDRACG el acompañamiento mental de los funcionarios en pandemia?
- ¿Cómo ha sido el manejo de personal en estas áreas?
- ¿Considera que la división de funciones médicas de las administrativas es una sobrecarga o una ventaja a su labor? ¿Por qué?
- ¿Cuáles prácticas utilizadas en una época de pandemia cree que pueden mantenerse en un contexto normalizado?

Anexo 5. Recopilación de conceptos claves

Concepto	Definición
Sistema de Salud	Conjunto de las organizaciones, instituciones y recursos dedicados a la actividad sanitaria, lo cual involucra a los servicios de salud personales, los servicios de salud pública o el desempeño de una actividad intersectorial.
EBAIS	Encargados de medicina general en acciones como “promoción de la salud, prevención de la enfermedad, curación y rehabilitación de menor complejidad”.
Hospitales	Establecimiento destinado a realizar todas o algunas actividades de recuperación, rehabilitación, fomento y protección de la salud mediante atención cerrada o ambulatoria.
Servicio de emergencias	Aquellos que presten atención permanente e impostergable durante las 24 horas del día en los cuales se encuentre por lo menos un profesional disponible.
Logística	La parte del proceso de la cadena de suministro que planifica implementa y controla el eficiente y efectivo flujo (hacia arriba y hacia abajo), y almacenamiento de bienes, servicios e información entre el punto de origen y el de consumo con el objetivo de satisfacer las necesidades del consumidor.
Planeación de operaciones	Conjunto de actividades previamente definidas que permiten que un servicio se brinde adecuadamente; dichas actividades pueden verse materializadas en lo que se conoce como cadena de suministro.
Cadena de abastecimiento	Abarca actividades como: <ul style="list-style-type: none"> • Flujo de materiales (por medio de CompraRed en su gran mayoría) • Logística de carga o transporte (marítima, terrestre o aérea) • Almacenamiento de los bienes (centros de distribución o bodegas de cada hospital, disponibles para un mes de almacenamiento y una semana para sueros) • Flujo de dinero e información (relación de compras contra partidas presupuestarias)
Proceso administrativo	Funciones que los administradores deben llevar a cabo para cumplir con sus responsabilidades dentro de la empresa y consisten básicamente en planear, organizar, dirigir o coordinar y controlar.
Calidad	Representa la satisfacción del cliente, ya que es justamente ésta la que potencia la mejora en los servicios que, tanto empresas grandes, como pequeñas pretenden proporcionar a sus clientes.

Satisfacción del cliente	Intervienen fundamentalmente dos factores: la expectativa y la experiencia. La diferencia entre ambas nos da como resultado el grado de satisfacción o de insatisfacción del usuario, pero, en ambos factores, influyen los valores que tenga el cliente.
ISO 9001:2015	Norma aplicada a los sistemas de gestión de calidad de organizaciones públicas y privadas, independientemente de su tamaño o actividad empresarial.
ISO: 9004:2018	Ofrece diferentes pautas para mejorar la capacidad de una empresa en conseguir el éxito de forma sostenida.
BASC V5	Establecer, documentar, implementar, mantener y mejorar el sistema de gestión en control y seguridad.
Análisis administrativo	El método de investigación científica aplicado a la administración y basado en los métodos cuantitativos, las ciencias del comportamiento humano y el enfoque de sistemas, que consiste en dividir o separar las partes constitutivas de una situación o problema administrativo y su estudio, hasta llegar al conocimiento de los principios o elementos (naturaleza, causas y manifestaciones), con el propósito de realizar una evaluación, inicialmente, y de proceder a un cambio organizativo, si es del caso.
Estructuras eficientes	Los elementos de estructura deben ser seleccionados para lograr una consistencia interna o armonía, tanto como una consistencia básica con la situación de la organización - su dimensión, su antigüedad, el tipo de ambiente en que funciona, los sistemas técnicos usados, etcétera.
Ciclo PHVA	Esta metodología describe los cuatro pasos esenciales que se deben llevar a cabo en forma sistemática para lograr la mejora continua, entendiendo como tal el mejoramiento continuo de la calidad (disminución de fallos, aumento de la eficacia y eficiencia, solución de problemas, previsión y eliminación de riesgos potenciales...)
Ishikawa	Está conformado por una lluvia de ideas catalogadas por causa y sus respectivas subclases. De tal forma, se plantean las estrategias y soluciones para que cada una de ellas se comience a intervenir y se reduzcan los riesgos.
Journey Map	Es una herramienta que permite la alineación interna y externa de las personas relacionadas con el proceso y ayuda a definir la experiencia de los usuarios que lo utilizan.
Empathy Map	Crear un grado de empatía con nuestro cliente específico, conociendo su medio ambiente y, en otras palabras, mirar el mundo a través de sus ojos.

Fuente: Elaboración propia de las investigadoras para efectos del presente trabajo investigativo

Anexo 6. Límites generales de Contratación Administrativa, año 2020

LÍMITES GENERALES DE CONTRATACIÓN ADMINISTRATIVA (EXCLUYE OBRA PÚBLICA) AÑO 2020							
Estrato ¹	Presupuesto para compra de bienes y servicios no personales Artículos 27 y 84		LÍMITES DE CONTRATACIÓN ADMINISTRATIVA Artículo 27				Recurso de Apelación Artículo 84
			Licitación Pública	Licitación Abreviada		Contratación Directa	
	Más de	Igual a o menos de	Igual a o más de	Menos de	Igual a o más de	Menos de	A partir de
A	77 600 000 000,00		673 000 000,00	673 000 000,00	97 000 000,00	97 000 000,00	336 000 000,00
B	51 700 000 000,00	77 600 000 000,00	580 000 000,00	580 000 000,00	30 120 000,00	30 120 000,00	239 100 000,00
C	25 900 000 000,00	51 700 000 000,00	406 000 000,00	406 000 000,00	27 110 000,00	27 110 000,00	171 100 000,00
D	12 930 000 000,00	25 900 000 000,00	290 100 000,00	290 100 000,00	24 100 000,00	24 100 000,00	125 200 000,00
E	2 590 000 000,00	12 930 000 000,00	203 100 000,00	203 100 000,00	21 090 000,00	21 090 000,00	90 200 000,00
F	1 293 000 000,00	2 590 000 000,00	174 000 000,00	174 000 000,00	18 070 000,00	18 070 000,00	77 300 000,00
G	776 000 000,00	1 293 000 000,00	116 000 000,00	116 000 000,00	15 060 000,00	15 060 000,00	53 400 000,00
H	259 000 000,00	776 000 000,00	87 000 000,00	87 000 000,00	9 040 000,00	9 040 000,00	38 700 000,00
I	77 600 000,00	259 000 000,00	58 000 000,00	58 000 000,00	6 020 000,00	6 020 000,00	25 780 000,00
J		77 600 000,00	29 010 000,00	29 010 000,00	3 000 000,00	3 000 000,00	12 890 000,00

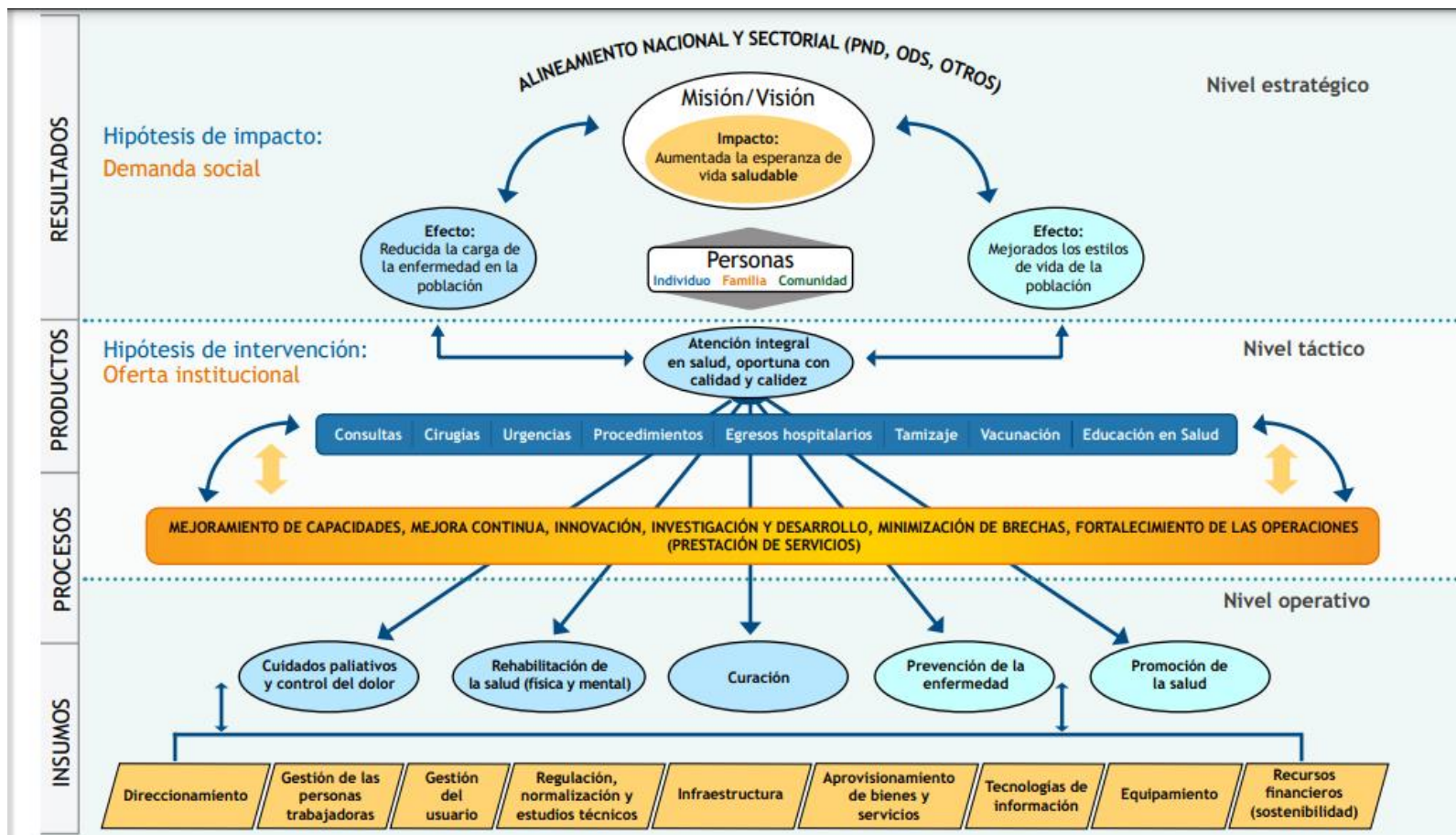
¹ Los estratos corresponden con los incisos de los artículos 27 y 84 de la Ley de Contratación Administrativa.

LÍMITES ESPECÍFICOS DE CONTRATACIÓN ADMINISTRATIVA PARA OBRA PÚBLICA Año 2020							
Estrato ¹	Presupuesto para compra de bienes y servicios no personales Artículos 27 y 84		LÍMITES DE CONTRATACIÓN ADMINISTRATIVA Artículo 27				Recurso de Apelación Artículo 84
			Licitación Pública	Licitación Abreviada		Contratación Directa	
	Más de	Igual a o menos de	Igual a o más de	Menos de	Igual a o más de	Menos de	A partir de
A	77 600 000 000,00		1 044 000 000,00	1 044 000 000,00	150 600 000,00	150 600 000,00	522 000 000,00
B	51 700 000 000,00	77 600 000 000,00	900 000 000,00	900 000 000,00	46 770 000,00	46 770 000,00	371 000 000,00
C	25 900 000 000,00	51 700 000 000,00	630 000 000,00	630 000 000,00	42 090 000,00	42 090 000,00	265 500 000,00
D	12 930 000 000,00	25 900 000 000,00	450 100 000,00	450 100 000,00	37 420 000,00	37 420 000,00	194 300 000,00
E	2 590 000 000,00	12 930 000 000,00	315 100 000,00	315 100 000,00	32 750 000,00	32 750 000,00	140 100 000,00
F	1 293 000 000,00	2 590 000 000,00	270 000 000,00	270 000 000,00	28 060 000,00	28 060 000,00	120 000 000,00
G	776 000 000,00	1 293 000 000,00	180 000 000,00	180 000 000,00	23 380 000,00	23 380 000,00	82 900 000,00
H	259 000 000,00	776 000 000,00	135 000 000,00	135 000 000,00	14 040 000,00	14 040 000,00	60 000 000,00
I	77 600 000,00	259 000 000,00	90 000 000,00	90 000 000,00	9 350 000,00	9 350 000,00	39 990 000,00
J		77 600 000,00	45 010 000,00	45 010 000,00	4 700 000,00	4 700 000,00	19 990 000,00

¹ Los estratos corresponden con los incisos de los artículos 27 y 84 de la Ley de Contratación Administrativa.

Fuente: CGR, 2020

Anexo 7. Ilustración 4: Árbol de resultados seguro de salud



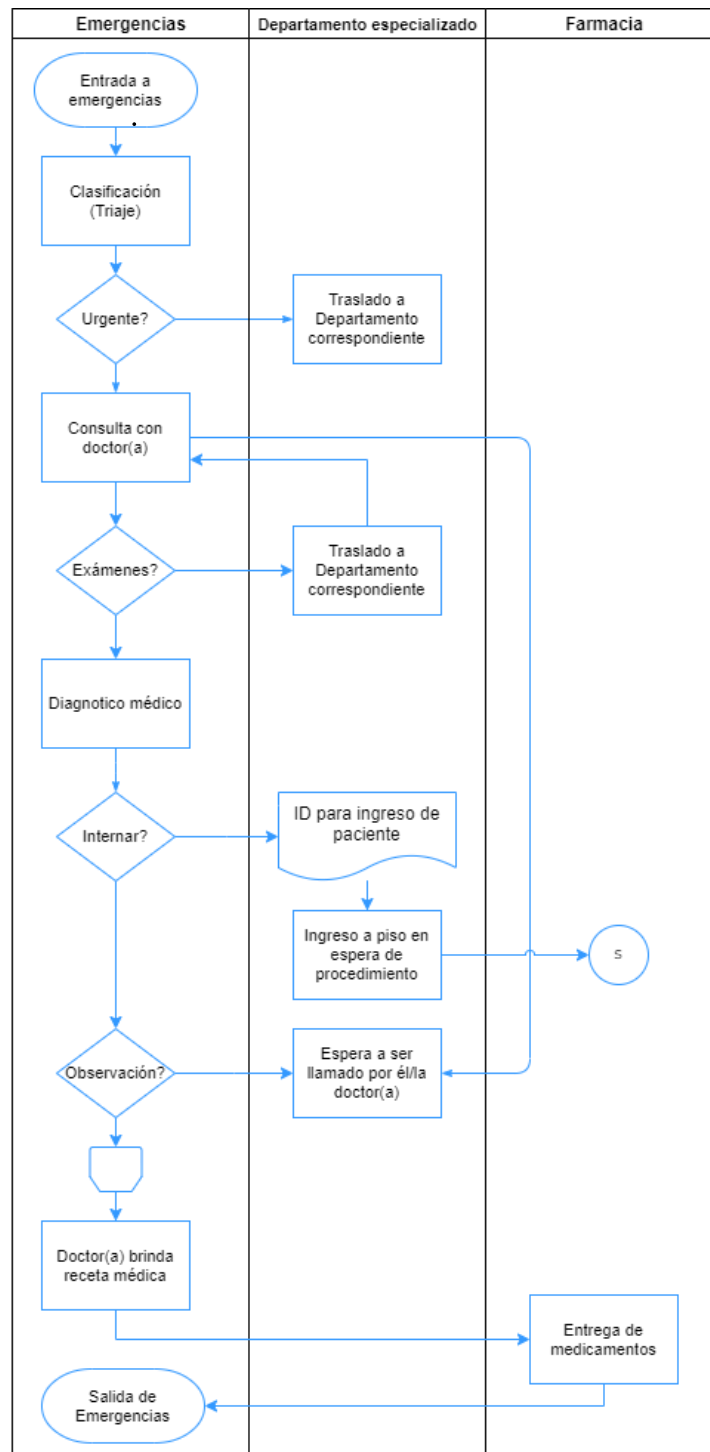
Fuente: Dirección de Planificación institucional, citado en Plan Estratégico Institucional de la CCSS 2019-2022

Anexo 8. Ilustración 2: Desafíos



Fuente: Dirección de Planificación institucional, citado en Plan Estratégico Institucional de la CCSS 2019-2022

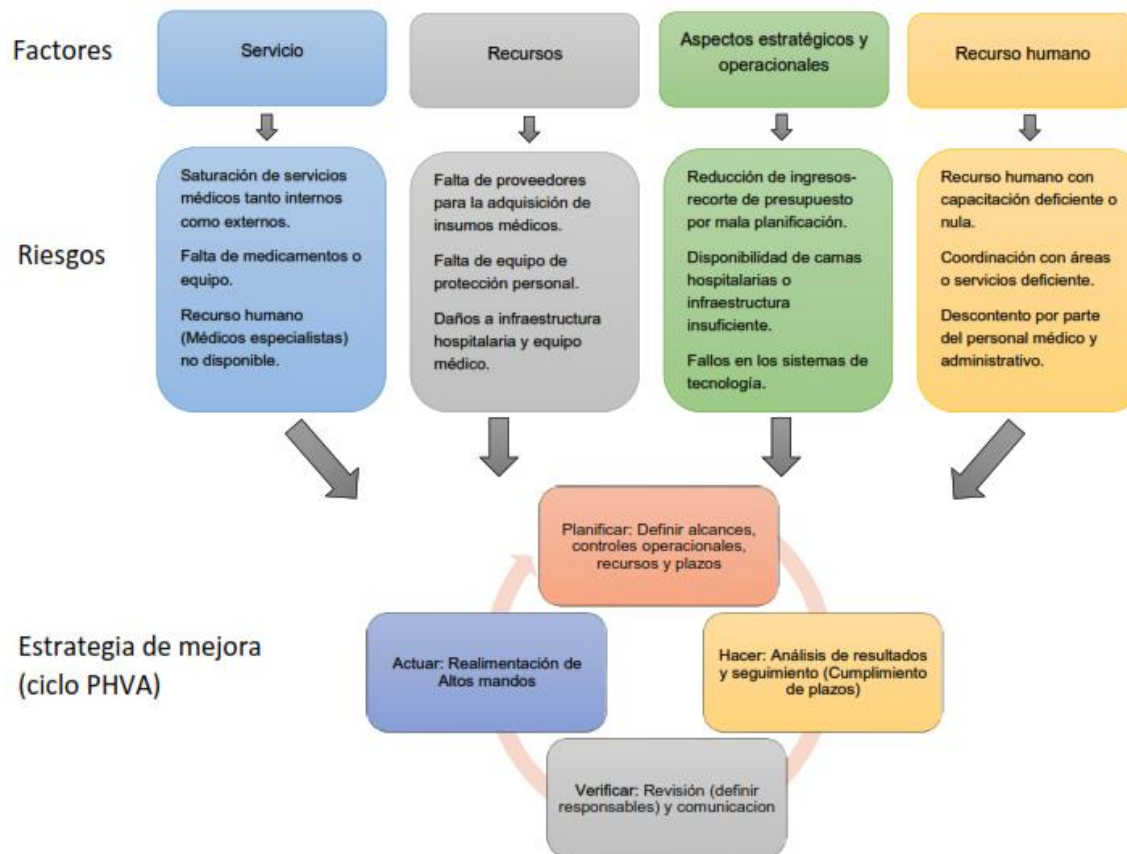
Anexo 9. Diagrama de flujo del Servicio de Emergencias



Simbología: ANSI

Fuente: Elaboración propia de las investigadoras con base en datos del HDRACG

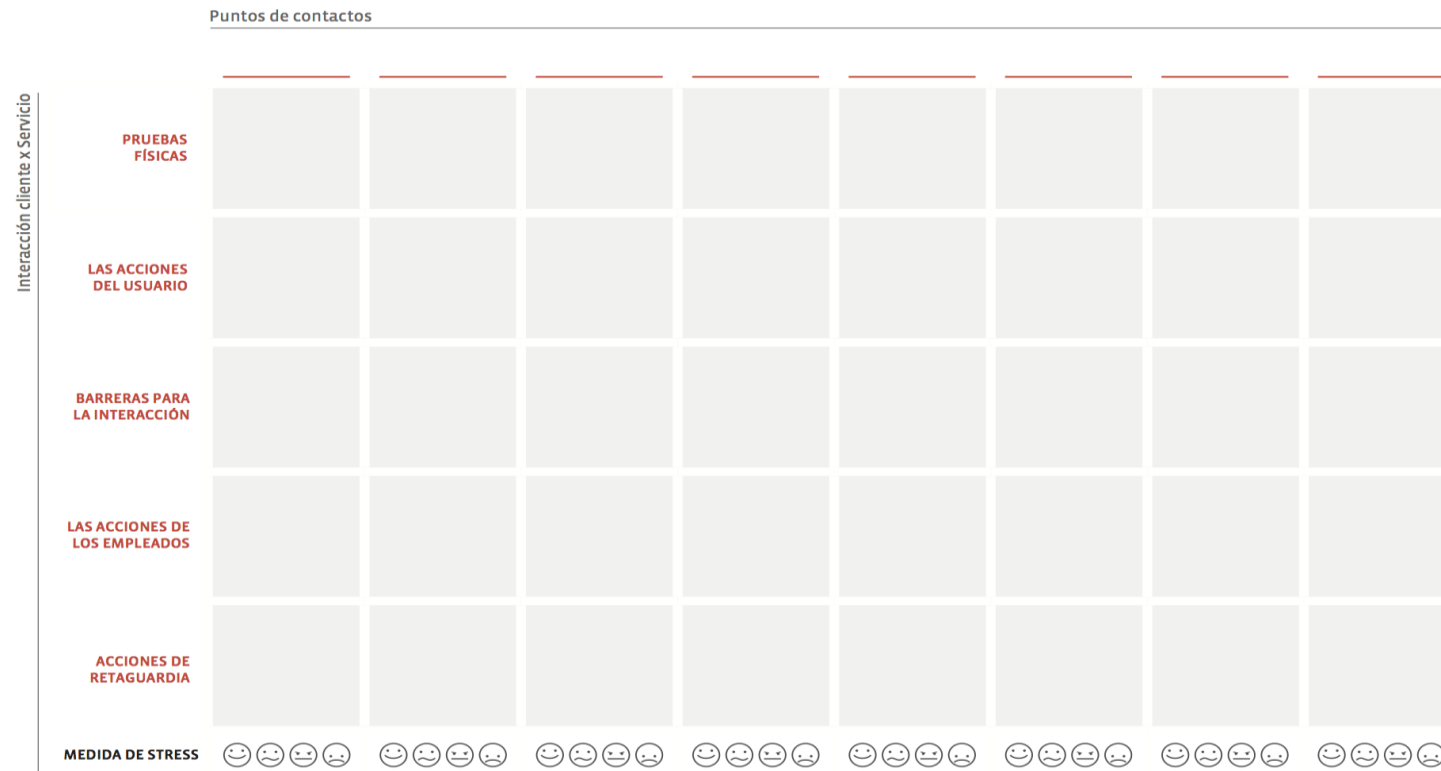
Anexo 10. Relación de factores críticos con ciclo PHVA



Fuente: Elaboración propia de las investigadoras para efectos del presente trabajo investigativo

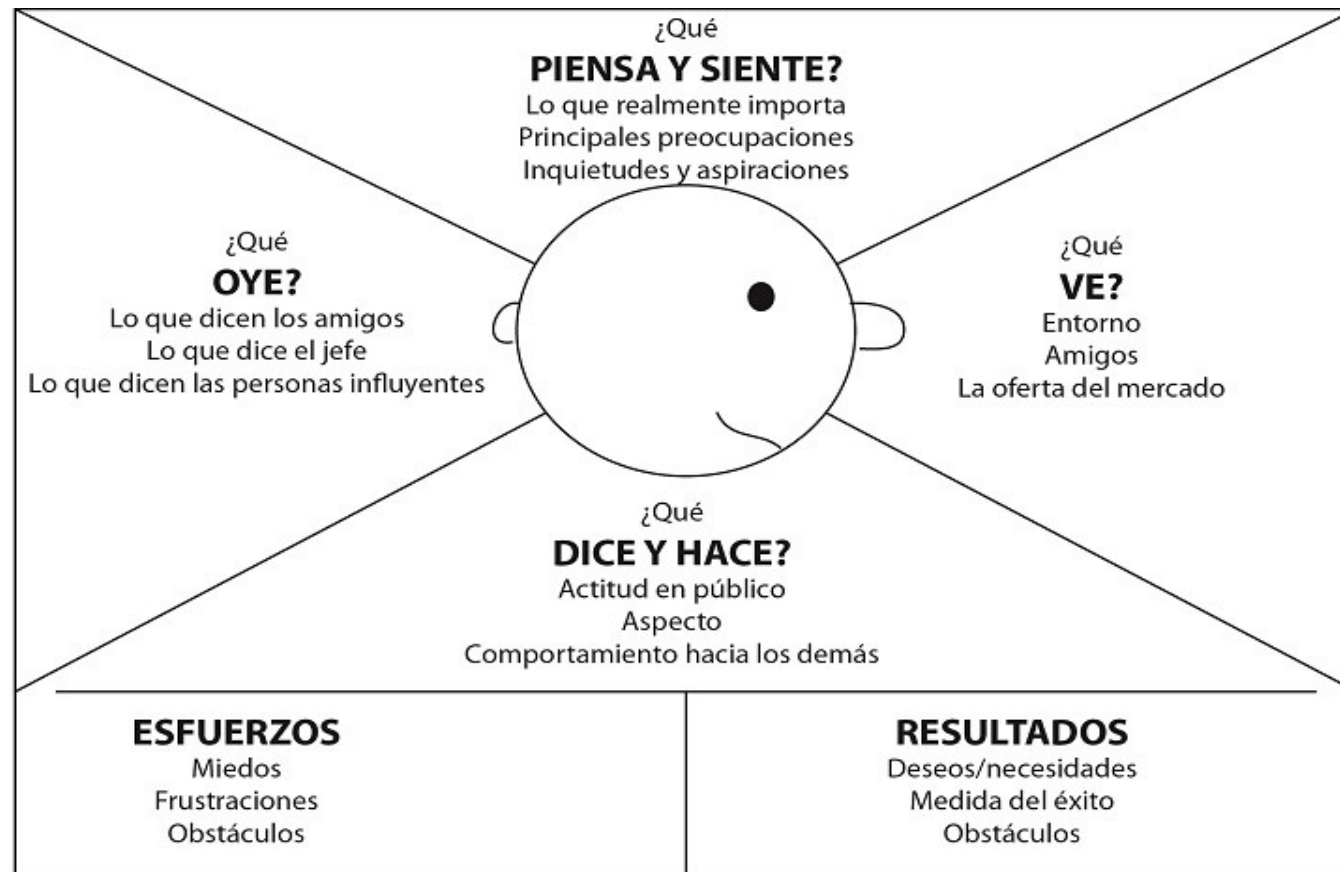
Anexo 11. Customer Journey Map

Aprender haciendo **BLUEPRINT**



Fuente: Anónimo, Buljan&Partners, 2019

Anexo 12. Empathy Map



Herramienta diseñada por XPLANE

Fuente: Prim, Innokabi, s.f.

Anexo 13. Encuesta a colaboradores del Servicio de Emergencias del HDRACG

Cuestionario para personas funcionarias médicas, enfermeras y administrativas del Área de Emergencias del Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia

Estimada persona colaboradora:

Le solicitamos su valiosa opinión acerca de la percepción que tiene del Área de Emergencias del Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia.

Las siguientes preguntas se formularon con el fin de recopilar información y comparar la gestión teórico-práctica realizada en el Área de Emergencias del Hospital Calderón Guardia (HCG) en un contexto previo a la pandemia por COVID-19 (2018-2019) y obtener una apreciación breve de cómo han sido los principales cambios con los protocolos implementados durante la pandemia.

Su participación es completamente voluntaria y anónima. Agradecemos, de antemano, toda la ayuda y tiempo que nos pueda brindar.

Parte 1 CONOCIMIENTO DE SU ÁREA DE TRABAJO: Favor marcar con una equis (x) en la respuesta que considere más cercana a su condición u opinión.

Cód.	Pregunta	Si	No	NS/ NR
1.1	Su área de trabajo tiene un manual de procesos o similar.			
1.2	Su área de trabajo tiene algún reglamento interno.			
1.3	Tiene claramente identificadas las funciones que le corresponden a su puesto de trabajo.			
1.4	Existen metas claras para su área de trabajo.			
1.5	Tiene conocimiento claro de las metas que le corresponden a su área.			

Parte 2 CONDICIONES FÍSICAS DE SU ÁREA DE TRABAJO: utilizando una escala de 1-4, siendo 1 muy malo y 4 excelente, por favor, responda marcando con una equis (x).

Cód.	Pregunta	Muy malo	Malo	Bueno	Excelente	NS/ NR
2.1	La iluminación de su área de trabajo es:					
2.2	La ventilación de su área de trabajo es:					

2.3	El espacio de trabajo asignado para usted es:					
2.4	El orden en su área de trabajo en general es:					
2.5	El aseo en su área de trabajo en general es:					
2.6	La estética en su área de trabajo es:					
2.7	El área para recibir al público es:					
2.8	El área para atender personas con necesidades especiales es:					
2.9	El mobiliario y equipo utilizado para desempeñar su trabajo está:					
2.10	La infraestructura del Área de Emergencias en general está:					

Parte 3 CONDICIONES LABORALES GENERALES: utilizando una escala de 1-4, siendo 1 muy malo y 4 excelente, por favor, responda marcando con una equis (x).

Cód.	Pregunta	Muy malo	Mala	Bueno	Excelente	NS/ NR
3.1	El horario o jornada laboral es:					
3.2	La disponibilidad de implementos de protección diarios desechables es:					
3.3	El servicio de lavandería es:					
3.4	La disponibilidad del equipo médico es:					
3.5	La disponibilidad de medicamentos para el área es:					
3.6	La disponibilidad de camas para el área es:					
3.7	El funcionamiento del EDUS es:					
3.8	En general, la duración de resultados o respuesta médica de departamentos anexos es:					

Parte 4 RELACIONES LABORALES: utilizando una escala de 1-4, siendo 1 muy malo y 4 excelente, por favor, responda marcando con una equis (x).

Cód.	Pregunta	Muy Malo	Mala	Bueno	Excelente	NS/ NR
4.1	El trabajo en equipo con sus compañeros es:					
4.2	Los medios para comunicarse en el área son:					
4.3	La comunicación entre los compañeros de su mismo nivel es:					
4.4	La comunicación con sus superiores es:					
4.5	La atención de problemas o inconvenientes con respecto a relaciones laborales (compañeros de trabajo o similares) a nivel interno en general es:					
4.6	La relación laboral con sus compañeros en general es:					
4.7	La relación laboral con sus superiores en general es:					
4.8	El trato de su jefatura inmediata es:					
4.9	La relación con los departamentos anexos es:					

Parte 5 ASPECTOS GENERALES DEL ÁREA: utilizando una escala de 1-4, siendo 1 completamente en desacuerdo y 4 completamente de acuerdo, por favor, responda marcando con una equis (x).

Cód.	Pregunta	Completamente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Completamente de acuerdo	NS/ NR
5.1	En general, los procesos del área se siguen de la manera correcta.					
5.2	En general, los procesos del área se documentan de la manera correcta.					
5.3	La quejas o inconvenientes con las personas usuarias son atendidos con prontitud.					
5.4	La quejas o inconvenientes con las personas usuarias son resueltas adecuadamente.					

5.5	La atención a las personas usuarias es la adecuada a las necesidades.					
5.6	Su opinión como persona colaboradora del área es tomada en cuenta.					
5.7	Existen aspectos de mejora en el Área de Emergencias (puede mencionarlo en los comentarios generales).					

Parte 6 COMENTARIOS GENERALES

Cód.	Pregunta	
6.1	¿Desea agregar algún comentario general o aspecto por tomar en cuenta para la mejora continua del Área de Emergencias?	

Cód.	Pregunta	Si	No
6.2	¿Estaría dispuesto o dispuesta a participar en un grupo focal virtual para proponer mejoras en el servicio y en el área?		
En caso de ser afirmativa su respuesta, puede dejarnos un medio para contactarlo, ya sea una dirección de correo electrónico o un número de teléfono celular:			

Parte 7 INFORMACIÓN: únicamente para poder clasificar los resultados obtenidos, le agradecemos nos indique los siguientes datos:

Cód.	Pregunta				
7.1	Puesto desempeñado	Personal médico ()	Enfermero o enfermera ()	Personal administrativo ()	Otros ()
7.2	Tiempo estimado de laborar en el área	Menos de 1 año ()	1- 3 años ()	4 - 10 años ()	11 años o más ()

¡Gracias por su valiosa colaboración!

Anexo 14. Encuesta de satisfacción a las personas usuarias del Servicio de Emergencias del HDRACG

Cuestionario para personas usuarias que reciben atención en el Área de Emergencias del Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia.

Estimada persona usuaria:

Le solicitamos su valiosa opinión acerca de la calidad de la atención recibida en el Área de Emergencias del Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia.

El cuestionario consta de 3 partes. La información brindada por usted, como persona usuaria del servicio, mediante este formulario, es completamente anónima y voluntaria. Dicha información proporcionada será utilizada como parte de una estadística para el servicio y los resultados obtenidos serán un recurso con el que se pretenden desarrollar estrategias para mejorar la calidad del servicio que se le brinde.

Le agradecemos de antemano su colaboración a este estudio.

- 1. INFORMACIÓN REFERENTE AL TIEMPO Y SERVICIO MÉDICO: a continuación, se le solicita brindar información con respecto al tiempo esperado para la atención médica. Por favor, marque con una equis (x) la casilla que corresponda o se acerque más a su caso.**

1.1 ¿Cuando tuvo su emergencia, estaba utilizando el Servicio de Emergencias por primera vez?			1.2 ¿El personal médico utilizó protección médica (bata, mascarilla, guantes, careta)?		
Sí	No	Ns/Nr	Sí	No	Ns/Nr
1.3 ¿Le realizaron alguna clasificación (triage) antes de ser atendido(a)?			1.4 ¿Tenía noción sobre el padecimiento por el que acudió a Emergencias?		
Sí	No	Ns/Nr	Sí	No	Ns/Nr
1.5 ¿Pudo reconocer fácilmente cuál clasificación le dieron a su emergencia?			1.6 ¿Sabía usted los pasos por seguir en el momento de llegar a Emergencias?		
Sí	No	Ns/Nr	Sí	No	Ns/Nr

1.7 En promedio, ¿cuánto tiempo esperó para recibir tratamiento y ser dado de alta?					
Menos de 1 hora	Entre 1 y 3 horas	Entre 3 y 6 horas	Entre 6 y 12 horas	Más de 12 horas	Ns/Nr

2. INFORMACIÓN REFERENTE A LA ATENCIÓN RECIBIDA: a continuación, se le solicita brindar información con respecto a la calidad de la atención recibida en el Área de Emergencias. Por favor, marque con una equis (x) la casilla que corresponda o se acerque más a su opinión.

Cód.	Pregunta	Muy malo	Malo	Bueno	Excelente	Ns/Nr
2.1	<i>Cree que el tiempo desde que ingresó al hospital hasta ser atendido fue:</i>					
2.2	<i>¿Qué le pareció el lugar en cuestión de infraestructura (distribución del espacio)?</i>					
2.3	<i>¿Qué le pareció el lugar en cuestión de estética (imagen)?</i>					
2.4	<i>En cuestión de comodidad, usted se sintió:</i>					
2.5	<i>¿Cómo cataloga los recursos que le fueron brindados para su comodidad (alimentos, bebidas, cobijas, sillas de ruedas o similares)?</i>					
2.6	<i>La rotulación del lugar (identificación de las salas, baños o áreas) se encontraba:</i>					
2.7	<i>¿De qué forma le ayudó la información que se encuentra en el área para la persona usuaria (pizarras informativas, carteles, anuncios)?</i>					
2.8	<i>¿En qué condiciones se encontraba el equipo médico utilizado?</i>					
2.9	<i>Considera que la relación de los demás departamentos con Emergencias fue:</i>					
2.10	<i>¿Cómo describiría la atención recibida durante el tratamiento de su emergencia?</i>					
2.11	<i>Considera que la atención médica brindada fue:</i>					
2.12	<i>En general, ¿qué calificación le brinda a la atención recibida en el Área de Emergencias?</i>					
Cód.	Pregunta					
2.13	<i>¿Tiene algún comentario con respecto a la atención brindada en el Área de Emergencias o algún otro aspecto que desee resaltar? (Por favor, sea breve y respetuoso).</i>					

3.DATOS GENERALES: a continuación, se le solicitará brindarnos sus datos generales con el fin de clasificar las respuestas obtenidas.

Cód.	Pregunta				
3.1	Género	<i>Masculino</i>	<i>Femenino</i>	<i>No binario</i>	<i>Prefiero no indicar</i>
Cód.	Pregunta				
3.2	Edad (años cumplidos)	<i>24 años o menos</i>	<i>25- 30 años</i>	<i>31 - 40 años</i>	<i>41 años o más</i> <i>Prefiero no indicar</i>
Cód.	Pregunta				
3.3	Área a la que fue referido su caso posterior a la atención				
	<i>Cirugía general</i>	<i>Ortopedia</i>		<i>Tomografías (rayos X, resonancia, ultrasonido)</i>	
	<i>Medicina general - laboratorio</i>	<i>Ginecología/obstetricia</i>		<i>EBAIS o clínica local</i>	
	<i>Otro</i>	<i>En caso de marcar otro favor indique cuál:</i> _____			
Cód.	Pregunta				
3.4	Su caso requirió internamiento	<i>Sí</i>	<i>No</i>	<i>Prefiero no indicar</i>	

¡Muchas gracias por su tiempo!

Apéndice: Informe para justificación de enfoque a la investigación

24 de mayo, 2021

Señores y señoras
Comisión de Trabajos Finales de Graduación
Escuela de Administración Pública
Universidad de Costa Rica
San José, Costa Rica

Estimados miembros de la comisión:

Es un gusto saludarles. El siguiente informe es con el fin de presentar, de manera general, los avances y las limitantes correspondientes al trabajo final de graduación, modalidad *seminario de graduación*, denominado: "*La planeación de operaciones y la logística en el Área de Emergencias del Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia y su influencia en la calidad de la prestación de servicios*", desarrollado por las estudiantes:

- Kendy Arroyo Godínez, carné B4 0657
- Allison León Torres, carné B4 3782
- Ana Ruth Mora Ruiz, carné B3 4615
- Julie Sharpe Soto, carné B4 6666

Por causa del sector en el que se enfoca, debido a la pandemia por COVID 19, el trabajo investigativo no ha presentado el avance previsto.

Considerando que el trabajo ya se encuentra en el último semestre de ejecución, además de solicitar una prórroga por las condiciones a nivel país, no va ser posible realizar las actividades prácticas definidas en el trabajo, las cuales se explicarán más adelante. Por lo tanto, se espera obtener alguna alternativa para poder finalizar el trabajo de manera más óptima y en el menor plazo posible.

De acuerdo con lo anterior, se detallan las actividades que se tenían previstas por realizar de acuerdo con la metodología de trabajo. De las cinco actividades, solamente se han logrado llevar a cabo dos bajo la modalidad virtual:

- Recopilación de datos: abarca toda la investigación documental, recopilación de documentos teóricos, noticias e hitos relevantes. Se desarrolló durante el objetivo 1.
- Entrevistas: se utilizó la estructura de preguntas semiabiertas con personal estratégico del Área de Emergencias, personas

funcionarias de la CCSS o relacionadas con el sector salud. Se ha estado desarrollando con colaboración de contactos en el hospital.

- Encuestas: se planteó realizar a personal médico, administrativo y pacientes usuarios del Servicio de Emergencias del hospital. No se logró finalizar debido a que se requiere el visto bueno del Comité de Bioética.
- Focus Group: se buscaba realizar con funcionarios del hospital. No se logró realizar debido a que no se cuenta con la colaboración del personal por un aspecto relacionado con la disponibilidad de tiempo.
- Visitas al lugar: se planteaba conocer los espacios y la distribución del Área de Emergencias. Debido a las medidas de restricción, no se pueden visitar las instalaciones.

Parte 1. Desglose de objetivos por capítulo

Se detalla a continuación el desglose de los capítulos por objetivo, los avances y las limitaciones:

1.1 Esquema general de desarrollo:

Objetivo 1:

- Capítulo IV: Características generales del Área de Emergencias del Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia.
 - Antecedentes
 - Aspectos legales, técnicos, operativos y planificación (únicamente teoría)

Objetivo 2:

- Capítulo V: Factores críticos que inciden en la calidad y eficiencia del Área de Emergencias del Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia, según la normativa técnica.
 - Análisis de riesgos (no solo médicos, sino a nivel administrativo: transporte, almacenamiento, insumos, personal)
 - Práctica-resultados de encuestas
 - Diversos escenarios y lecciones aprendidas (desastres, pandemias, accidentes, embarazos, urgencias, etc.)

Objetivo 3:

- Capítulo VI: Nuevas estrategias en la planeación de operaciones y la logística del Área de Emergencias para la prestación de servicios eficientes y de calidad, contexto posterior a la COVID 19.
 - Con las lecciones aprendidas, sacamos las nuevas estrategias.
 - Prácticas que tuvieron que quedarse para la atención médica.

1.2 Descripción de avances en el desarrollo de trabajo:

- Se logra obtener el informe final de resultados de encuestas de satisfacción a personas funcionarias y personas usuarias externas de los servicios de emergencias, durante marzo y abril de 2018: la Gerencia Médica de la CCSS proporciona un borrador del informe general de los servicios de emergencias en el año 2018, que abarca los resultados a nivel país en temas como percepción de usuario (sobre triaje, atención recibida, infraestructura); sin embargo, este informe no contempla la información filtrada por hospital, por lo tanto, es de utilidad para tener una base sobre la atención médica promedio. Para complementarlo, se necesita de una encuesta adicional actual que mida, tanto aspectos generales, como específicos del Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia.
- Desarrollo del objetivo específico 1: aspectos legales, técnicos, operativos y planificación y antecedentes históricos: abarca la información teórica recopilada por medio de la investigación de trabajos finales de graduación, noticias, marco legal nacional e internacional, documentos emitidos por los jefes institucionales, y otros emitidos por el director del Área de Emergencias del Hospital Calderón Guardia.
- Desarrollo del objetivo 2: comparación de la teoría con la práctica; análisis de riesgos al 50%: se analizó la forma como las personas funcionarias administrativas manejan las emergencias presentadas a nivel contractual, ambiental, médico, entre otros. Para ello, se han mantenido entrevistas con el Dr. Donald Corella, director de Área de Emergencias, así como con María Delia Herrera, funcionaria de la Contraloría de Servicios. Sin embargo, se necesita conocer el manejo de la División de Contratación Administrativa para la compra y almacenamiento de insumos, que cumpla con los requerimientos solicitados por los distintos departamentos, y muy en especial el Área de Emergencias al tener afluencia de pacientes las 24 horas.
- Sumado a ello, la pandemia por COVID-19 cambia drásticamente la forma de administrar el almacenaje de medicamentos y equipo de protección médica, debido a las compras de emergencia para dar abasto con las personas pacientes infectadas por el virus, así como la rotación de personal médico entre las alas del hospital. Este aspecto ha tenido modificaciones periódicas según los lineamientos dictados por el Ministerio de Salud en conjunto con la Caja Costarricense de Seguro Social, y según las investigaciones sobre las variantes del virus a nivel mundial.
- La parte fundamental del trabajo de investigación radica en hacer una comparación de la parte teórica con la práctica, tanto a nivel médico, como administrativo, sin embargo, no se ha concretado

debido al cierre total de visitas al hospital, lo cual dificulta, en consecuencia, el trabajo de campo para la recopilación de pruebas.

- Objetivo 3: abarca el análisis de nuevas estrategias de acuerdo con la información recopilada en los objetivos 1 y 2. Lo anterior no ha sido desarrollado, ya que la información sobre los criterios técnicos y análisis de riesgos no está completa en su totalidad.

1.3 Limitantes en el trabajo

- Validación de la parte práctica con visitas al lugar: en varias ocasiones, se intentó, por medio de la Escuela de Administración Pública, obtener autorización para visitar las instalaciones de manera presencial. En ese sentido, la respuesta fue negativa. Se solicitó también la colaboración con fotos de las áreas al director de Emergencias, a lo que indicó que estaba prohibido, al igual que la permanencia en el lugar sin ser paciente. No fue posible obtener ninguna idea de la distribución del espacio físico de las instalaciones, ni por métodos cartográficos, ni por medio de medios digitales. Por estas razones, no fue posible recolectar información referente a las instalaciones del Área de Emergencias del Hospital Calderón Guardia. Actualmente, dicha área se encuentra en remodelación.
- Contexto de campo por parte de personas funcionarias de la parte médica, administrativa y logística (a través de entrevistas y *focus group*) para realizar el análisis de riesgos: no se han podido aplicar las entrevistas en su totalidad, debido a que el personal de Emergencias se encuentra saturado de trabajo, por lo cual la disposición y el tiempo son muy limitados. Aunado al punto anterior, la respuesta por parte de las autoridades, tanto médicas, como administrativas se prolonga, inclusive, hasta 4 meses posterior a la solicitud. Por ende, la recopilación de la información necesaria para el trabajo de investigación ha tenido retrasos. Las entrevistas coordinadas son gracias a contactos que se mantienen en el hospital.
- Realización de *focus group*: considerando lo anterior, la coordinación de un *focus group* quedaría imposibilitada, ya que establecer un espacio, aunque sea virtual, en las circunstancias actuales, llega a tornarse complejo por temas de disponibilidad de tiempo.
- Validación de prestación de servicios (con las encuestas a personas usuarias): para validar la calidad del servicio, es necesario conocer la percepción de las personas usuarias. Uno de los requisitos más importantes para realizar las encuestas es contar con la aprobación del Comité de Bioética, para lo cual se necesita cumplir con requisitos tales como:

- Personas tutoras acreditadas por el Consejo Nacional de Investigación en Salud (CONIS): una institucional, la cual debe ser una persona funcionaria de la CCSS y la persona tutora académica asignada por la universidad. Ambas personas deben demostrar estar acreditadas por el CONIS (ver evidencia 2, punto 1).
- Curso de Buenas Prácticas Clínicas valorado en \$204 por persona: se requiere que todas las personas integrantes lo realicen. Deben tener menos de 3 años de certificación y contar con disponibilidad de horario de 7 a.m. a 6 p.m. durante 2 meses (ver evidencia 2, punto 2).
- Se requiere una metodología de investigación avalada por el CONIS.

Aun cumpliendo con los requisitos anteriormente expuestos, se indicó, por parte de uno de los miembros, que no se asegura que el Comité de Bioética apruebe la aplicación de las encuestas. Además, debido a los cambios operativos por la pandemia, el Comité de Bioética de la CCSS estima que dichas encuestas no podrían ser realizadas hasta que se normalice la crisis sanitaria.

Parte 2. Propuestas para continuar el desarrollo del trabajo (recomendaciones del Comité de Bioética)

Parte de las recomendaciones que se externaron al indicar la imposibilidad de cumplir los requisitos y la urgencia de tiempo por parte de uno de las personas miembros del Comité de Bioética fueron:

- No realizar ningún tipo de encuestas a personas funcionarias.
- No realizar encuestas o interacción con pacientes.
- Realizar entrevistas consentidas a las personas funcionarias del Área de Emergencias con el fin de recopilar la información necesaria para formar los criterios técnicos.

Parte 3. Conclusiones (nueva metodología - actividades)

1. Al no realizarse las encuestas, tanto a pacientes, como a personas funcionarios, los resultados y criterios no abarcarían un contexto generalizado, lo cual provoca que los criterios técnicos puedan ser sesgados.
2. Al encontrar tantos inconvenientes para realizar la actividad de campo, es necesario pasar de un enfoque teórico-práctico a uno teórico, con las siguientes actividades:
 - Recopilación de datos (información documental)
 - Entrevistas

Agradecemos las sugerencias que nos puedan brindar para culminar este proyecto de investigación de manera exitosa, tomando en cuenta las limitaciones existentes debido a este acontecimiento mundial, las cuales nos afectaron directamente en la recopilación de los datos y en el desarrollo de la investigación.

Quedando a la espera de sus recomendaciones,

Estudiantes:

Kendy Arroyo Godínez, carné B4 0657

Allison León Torres, carné B4 3782

Ana Ruth Mora Ruiz, carné B3 4615

Julie Sharpe Soto, carné B4 6666

Tutor: Carlos Carranza Villalobos

Evidencia 1. Bitácora de solicitudes y respuestas

24 de febrero de 2020

Comunicado de aprobación del proyecto antes de la emergencia nacional debido a la pandemia



24 de febrero de 2020
EAP-246-2020

Estudiantes

Allison León Torres B43782,
Kendy Arroyo Godínez B40657,
Julie Sharpe Soto B46866,
Ana Ruth Mora Ruiz B34815
Carrera de Administración Pública

Estimadas Estudiantes:

Reciban un cordial saludo, procedo a comunicarles el acuerdo tomado por la Comisión de Trabajos Finales de Graduación, en la sesión 131-2020 llevada a cabo el pasado 19 de febrero del 2020, en la cual se analizó la propuesta presentada:

"La planeación de operaciones y la logística en el área de Emergencias del Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia y su influencia en la calidad de la prestación de servicios"

Modalidad:

Seminario de Graduación

Carrera:

Administración Pública

Comité Asesor:

Carlos Carranza, Tutor
Eduardo Bravo, Lector
Luis Fernando Salazar, Lector

Luego de la revisión y el análisis realizado en el seno de la Comisión, se tomó el siguiente acuerdo:

Acuerdo 6.

Se acuerda en forma unánime aprobar esta propuesta y sugerir ajustar el cronograma ya que es poco el tiempo para cumplir con todas las actividades propuestas y no queda clara la relación de éstas con los objetivos específicos.

ACUERDO FIRME



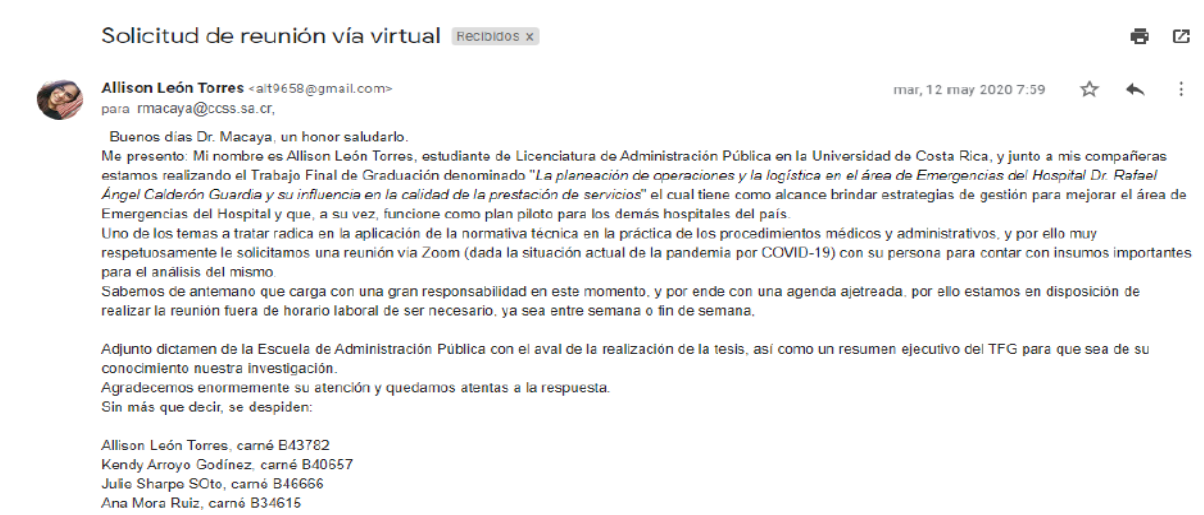
Teléfono: 2511-5860 www.eap.ucr.ac.cr administracion publica@ucr.ac.cr

Fuente: Elaboración propia de las investigadoras para efectos del presente trabajo investigativo

12 de mayo de 2020

Solicitud de entrevista al Dr. Macaya, presidente ejecutivo de la Caja Costarricense de Seguro Social

Respuesta por llamada telefónica donde se indica que será posible concretar una reunión en el momento cuando la pandemia esté controlada.



Fuente: Elaboración propia de las investigadoras para efectos del presente trabajo investigativo

18 de mayo de 2020

Solicitud de entrevista al Dr. Daniel Salas, ministro de Salud.

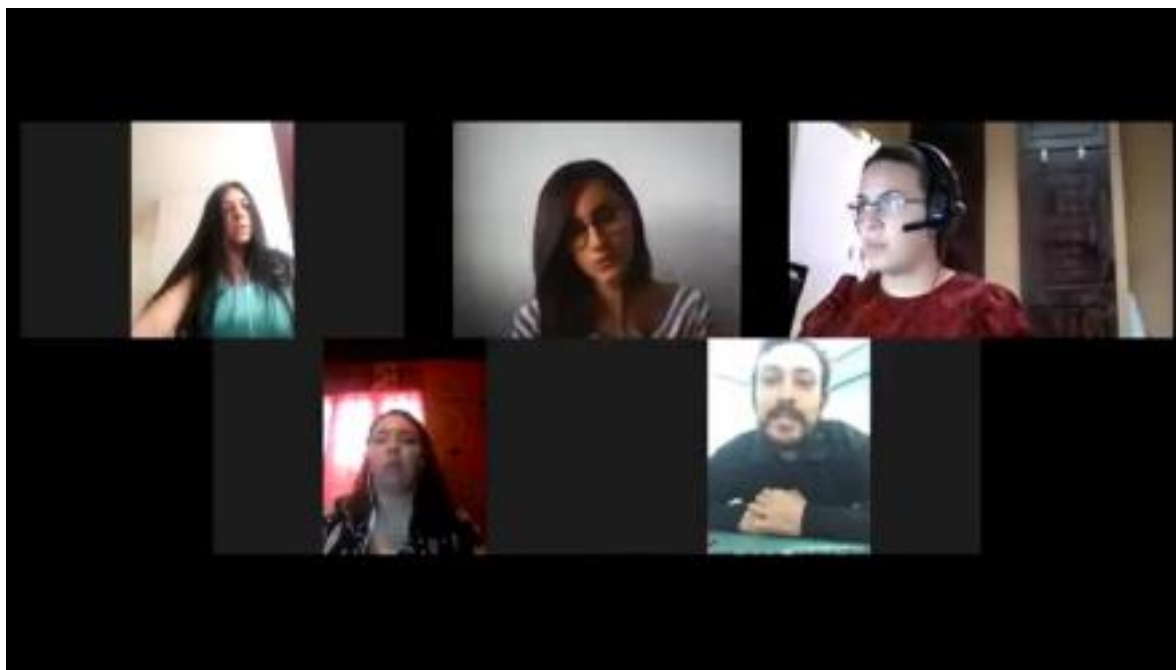
Respuesta por llamada telefónica donde se indica que será posible concretar una reunión en el momento cuando la pandemia esté controlada.



Fuente: Elaboración propia de las investigadoras para efectos del presente trabajo investigativo

20 de agosto de 2020

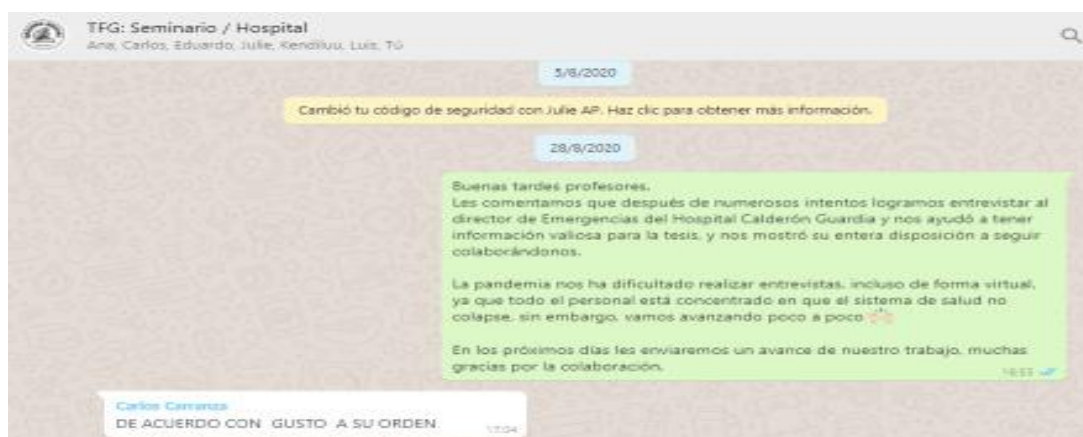
Primera entrevista con Dr. Corella, director de Emergencias del Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia, luego de varias entrevistas suspendidas



Fuente: Elaboración propia de las investigadoras para efectos del presente trabajo investigativo

28 de agosto de 2020

Informe a las personas profesoras (tutor y lectores de tesis) sobre situación de personas funcionarias médicas y personas administrativas en pandemia por COVID-19



Fuente: Elaboración propia de las investigadoras para efectos del presente trabajo investigativo

3 de setiembre de 2020

Enviado a la Contraloría de Servicios del Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia



Fuente: Elaboración propia de las investigadoras para efectos del presente trabajo investigativo

4 de setiembre de 2020

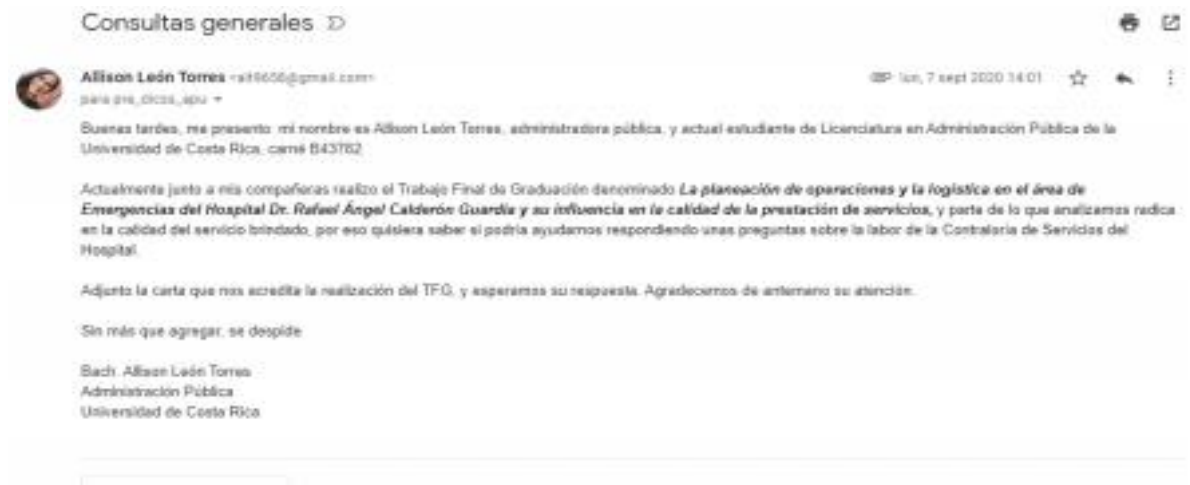
Respuesta de la Contraloría de Servicios del Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia sobre entrevista



Fuente: Contraloría de Servicios, Hospital Rafael Ángel Calderón Guardia

7 de setiembre de 2020

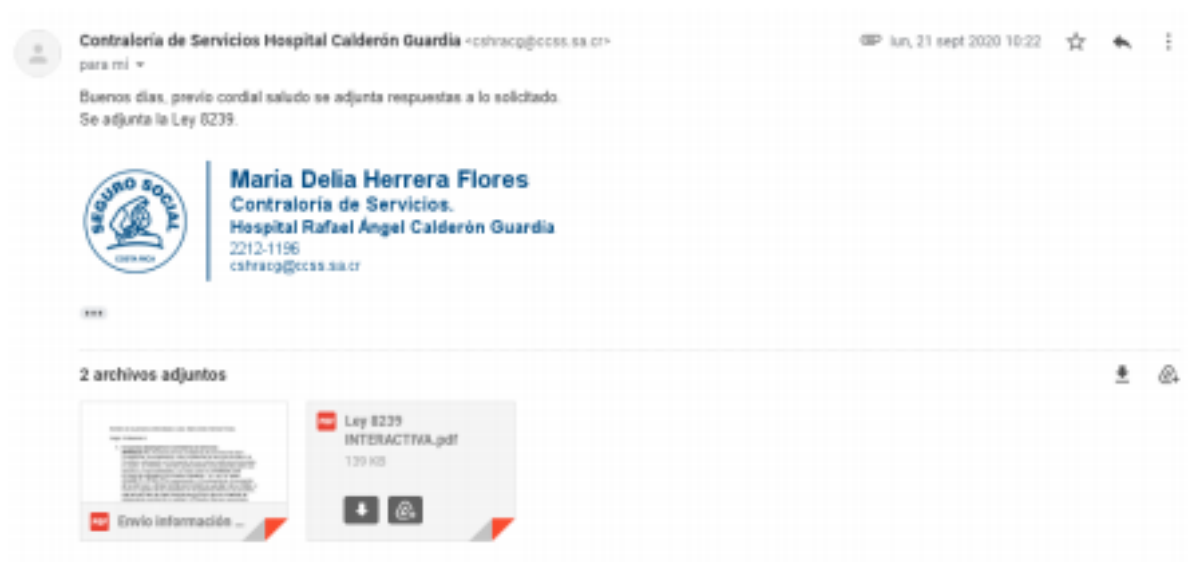
Correo enviado a Jefatura Área de Protección al Usuario de la Contraloría de Servicios del Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia



Fuente: Elaboración propia de las investigadoras para efectos del presente trabajo investigativo

21 de setiembre de 2020

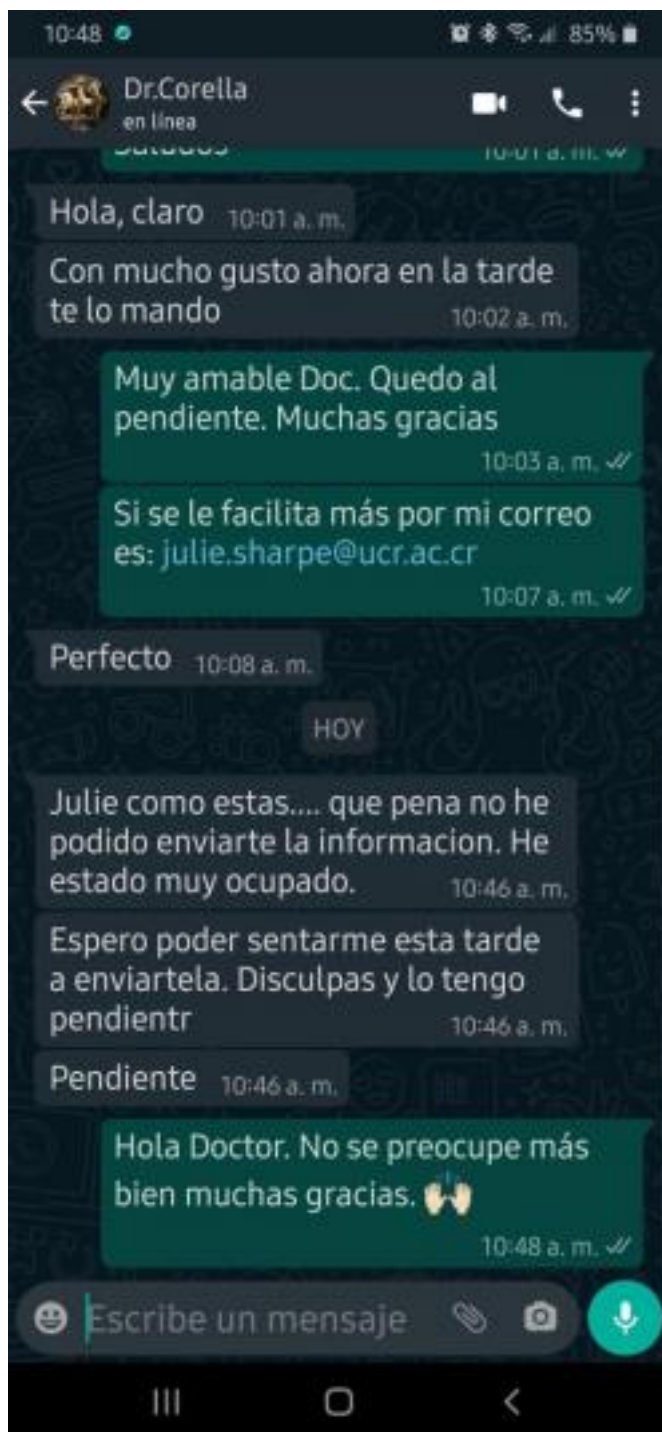
Respuesta de María Delia Herrera Flores, funcionaria de la Contraloría de Servicios a preguntas sobre la contraloría



Fuente: Contraloría de Servicios, Hospital Rafael Ángel Calderón Guardia

20 de octubre de 2020

Mensaje del Dr. Corella sobre envío de información relacionada con Emergencias, vía WhatsApp



Fuente: Elaboración propia de las investigadoras para efectos del presente trabajo investigativo

4 de noviembre de 2020

Enviado a Roy Delgado Chacón, Dirección de Arquitectura e Ingeniería, solicitando información sobre el funcionamiento de la Torre Este adscrita al Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia

Sin respuesta al 1 de mayo de 2021



Fuente: Elaboración propia de las investigadoras para efectos del presente trabajo investigativo

11 de noviembre de 2020

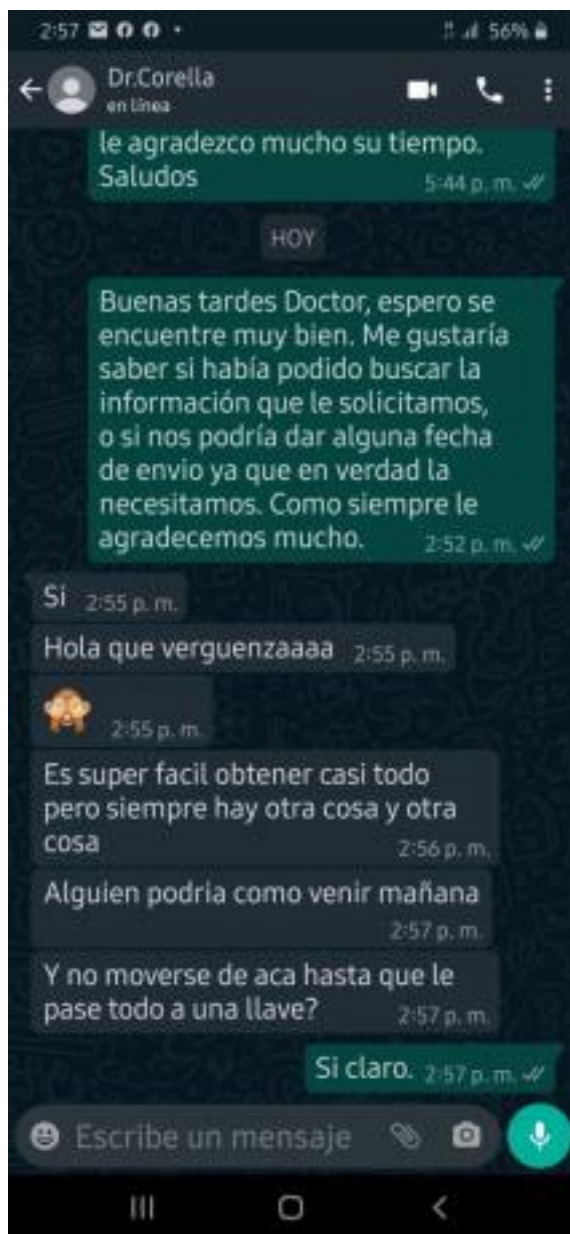
Respuesta de solicitud a la Escuela de Administración Pública para realizar una visita al Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia con protocolos estrictos por causa de pandemia por COVID-19 para realizar el trabajo de campo y contar con pruebas físicas.



Fuente: Escuela de Administración Pública, Universidad de Costa Rica

12 de noviembre de 2020

Mensaje del Dr. Corella sobre el envío de información relacionada con Emergencias, vía WhatsApp



Fuente: Elaboración propia de las investigadoras para efectos del presente trabajo investigativo

23 de noviembre de 2020

Solicitud de envío de resultados sobre calidad de atención médica en el Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia al Dr. Mario Ruiz, gerente médico de la CCSS

23 de noviembre de 2020

San José, Costa Rica

Dr. Mario Ruiz Cubillo
Gerente Médico de la Caja Costarricense de Seguro Social
Presente

Reciba un cordial saludo, es un honor poder contactarnos con usted. Somos un grupo de estudiantes de Licenciatura en Administración Pública, Universidad de Costa Rica, y estamos realizando el Trabajo Final de Graduación denominado "La planeación de operaciones y la logística en el área de Emergencias del Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia y su influencia en la calidad de la prestación de servicios".

Con este trabajo lo que queremos lograr es brindar estrategias de gestión para mejorar el área de Emergencias del Hospital, y que a su vez funcione como plan piloto para los demás hospitales del país.

Como parte de la investigación en el capítulo V tratamos la teoría de las normativas administrativas versus la práctica, y hemos contado con la colaboración del Director de Emergencias el Dr. Donald Corella. Él nos comentó sobre unas encuestas que se realizaron hace tres años a los funcionarios de la CCSS y a pacientes sobre calidad de atención médica, pero que nunca se publicaron. Estamos gestionando realizar encuestas dentro del área de Emergencias del hospital Calderón Guardia, y sería un gran insumo contar con los resultados anteriores para hacer una comparación.

Por ello, les solicitamos amablemente si podemos tener acceso a esos resultados, específicamente a los resultados del Hospital Calderón Guardia, y de nuestra parte recibirán la tesis completa en el momento que sea aprobada por la Escuela de Administración Pública. Les adjuntamos el dictamen de la Escuela donde nos aprueba el inicio de la tesis, así como la justificación de nuestro trabajo de investigación, para mostrar el alcance del mismo.

Le agradecemos de antemano y sin más que decir, se despiden

Allison León Torres, carné B43782
Kendy Arroyo Godínez, carné B40657
Julie Sharpe Soto, carné B46666
Ana Mora Ruiz, carné B34615

ANA RUTH
MORA
RUIZ
(FIRMA)

Firmado digitalmente por ANA RUTH MORA RUIZ (FIRMA)
Fecha: 2020.11.23 16:58:04 -05'00'

Fuente: Elaboración propia de las investigadoras para efectos del presente trabajo investigativo

11 de diciembre de 2020

Envío de solicitud de aval para realizar encuestas a personal médico, administrativo y pacientes del Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia, al director general del hospital, según recomendación del Dr. Corella.



UNIVERSIDAD DE
COSTA RICA

EAP

Escuela de
Administración Pública

11 de diciembre de 2020
EAP-1714-2020

Dirección General
Hospital Rafael Ángel Calderón Guardia

A quien corresponda:

Por medio de la presente, solicito su valiosa colaboración a fin de otorgar su aval para que las estudiantes, Allison León Torres, carné B43782, Kendy Arroyo Godínez, carné B40657, Julie Sharpe Soto, carné B46666 y Ana Ruth Mora Ruiz, carné B34615, puedan realizar encuestas a personal médico y administrativo así como a los pacientes del área emergencias del Hospital vía online, con el fin de recabar información con respecto a la percepción del servicio, logística operativa y otra organización a nivel general.

Dicha solicitud se realiza con el fin de que las estudiantes puedan recolectar información para realizar el trabajo final de graduación titulado "La planeación de operaciones y la logística en el área de Emergencias del Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia y su calidad de la prestación de servicios".

Cabe destacar que, en caso de brindar el aval, la información obtenida será tratada de manera confidencial, no se incluirá ni solicitará información personal y será de uso académico para el desarrollo único del trabajo. En caso de requerirlo se les entregaría el análisis de los datos obtenidos tanto a nivel pacientes como personal médico al finalizar el proceso. Las encuestas serán totalmente anónimas y de carácter voluntario.

Agradecemos de antemano, su colaboración a fin de que las estudiantes León Torres, Arroyo Godínez, Sharpe Soto, Mora Ruiz, puedan finalizar su Trabajo Final de Graduación.

Se adjunta carta de las estudiantes refiriéndose al trabajo y adjuntando propuesta de preguntas para las respectivas encuestas.

Sin más por el momento, se despide

Atentamente,

Este documento está firmado digitalmente 
Dr. Leonardo Castañón Rodríguez
Director

TBM



Nuestra
salud mental
[importa]

PICARD



Teléfono: 2511-5560 www.eap.ucr.ac.cr administracion publica@ucr.ac.cr

Fuente: Escuela de Administración Pública, Universidad de Costa Rica

12 de enero de 2021

Respuesta a oficio del 23 de noviembre de 2020 solicitando análisis de resultados realizados años atrás en el Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
Gerencia Médica
Teléfono: 25390000 ext. 7600 / 8253
Correo electrónico: coincoss@ccss.sa.cr

GM-0442-2021
12 de enero de 2021

Señoritas
Allison León Torres
Kendy Arroyo Godínez
Julie Sharpe Soto
Ana Mora Ruiz
Estudiantes de Licenciatura Administración Pública
Universidad de Costa Rica (eap.direccion@ucr.ac.cr)

ASUNTO: RESPUESTA A OFICIO DEL 23 DE NOVIEMBRE DE 2020.

Estimadas Señoritas:

Reciban un cordial saludo. En atención al oficio sin número de consecutivo, del 23 de noviembre del 2020, mediante el cual solicitan la posibilidad de tener acceso a resultados, para mejorar la atención en el área de Emergencias del Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia.

Por lo anterior se le solicito el análisis y revisión al ente técnico, el mismo nos remite el "Informe final de resultados, encuestas de satisfacción a los y las funcionarios (as) y usuarios (as) externos de los Servicios de Emergencias de los Hospitales".

Atentamente,

GERENCIA MÉDICA

Creación
MARIO FELIPE RUIZ CUBILLO
firmado por
RUIZ CUBILLO
firmado por
(FIRMA) Fecha: 2021.01.26
17:02:02 -0500'

Dr. Mario Ruiz Cubillo
Gerente

Fuente: Gerencia Médica, Caja Costarricense de Seguro Social

15 de abril de 2021

Respuesta al oficio enviado el 11 de diciembre de 2020, solicitud de encuestas a personal médico, administrativo y pacientes

80
ANIVERSARIO
CCSS

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia
Comité Ético Científico
Teléfono: 2212-1000 ext.4037
Correo electrónico: cec.hcg@gmail.com

15 de abril del 2021
CEC-HCG-CCSS-0026-04-2021

Doctor
Leonardo Castellón Rodríguez
Director Escuela de Administración Pública
Universidad de Costa Rica

Estimado doctor:

ASUNTO: Solicitud de aval para realizar encuestas a personal médico, administrativo y pacientes en el Área de Emergencias.

Reciba un cordial salud. En respuesta a su oficio EAP-1714-2020, con fecha del 11 de diciembre del 2020, me permito informarle que para realizar lo solicitado dichos estudiantes deben presentar el protocolo de investigación; ya que de acuerdo al Ordenamiento Jurídico Nacional, los estudios de investigación biomédica requiere que sean presentados al Comité Ético Científico del Hospital. Lo anterior conforme a los requisitos establecidos (mismos que se pueden consultar en la página del CENDEISS <https://www.cendeiss.sa.cr/w/index.php/formularios-para-sometimiento-de-investigacion-biomedicas/>).

Atentamente,

**HOSPITAL DR. RAFAEL ÁNGEL CALDERÓN GUARDIA
COMITÉ ÉTICO CIENTÍFICO**

RONALD ALFREDO CHACÓN CHAVES
(FIRMA)

Firmado digitalmente por
RONALD ALFREDO
CHACÓN CHAVES (FIRMA)
Fecha: 2021.04.15 14:18:22
+05:00

Dr. Ronald Chacón Chaves
Presidente CEC-HCG-CCSS

RCC/wrc

Fuente: Comité Ético Científico, Hospital Rafael Ángel Calderón Guardia

Evidencia 2: Requisitos del Comité de Bioética

1. Requisitos del Comité de Bioética, acreditación de personas tutoras en el CONIS

Ítem	Equipo Investigador (incluye a todos los miembros que participen en la investigación)	Sí	No	NA
17.	Curriculum vitae firmado y fechado de cada miembro del equipo investigador (incluir tutor académico e institucional).			
18.	Fotocopia cédula o documento de identidad			
19.	Fotocopia de carné profesional vigente o certificado de colegiatura vigente del colegio profesional de todos los miembros del equipo de investigación.			

Documentos para el sometimiento, aprobación y autorización de una investigación biomédica
Revisado Enero 2020 ©Derechos de autor 2020. Caja Costarricense de Seguro Social

Página 1 de 5

 CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
Comité Ético Científico Central (CEC-CENTRAL-CCSS)
Teléfono: 2519-3044 / Fax 2220-1560

20.	Constancia de curso de Buenas Prácticas Clínicas con menos de tres años de antigüedad avalado por el CONIS.			
21.	Copia de la acreditación de todos los miembros del equipo de investigación, emitida por el Consejo Nacional de Investigación en Salud (CONIS).			
22.	Compromisos y declaraciones del equipo investigador, este documento contiene: Compromiso de cumplir con lo establecido en la Ley N° 9234, el Reglamento N° 39061-S y la Buena Práctica Clínica, Declaración de conflicto de interés, Acuerdo de confidencialidad, Compromiso de reportar todos los eventos adversos, Declaración de fuentes de			

Fuente: Comité de Bioética

2. Requisitos del Comité de Bioética, Curso de Buenas Prácticas Clínicas

Ítem	Investigaciones con fines académicos (Si el estudio es para una propuesta de formación académica para optar al título de Bachiller, Licenciatura, Especialidad, Maestría, Doctorado o Post Doctorado)	Sí	No	NA
23.	Declaración de Tutores (institucional y académico). Tutor institucional: funcionario de la Caja Costarricense de Seguro Social, responsable de la ejecución y supervisión del estudio en el centro asistencial (debe estar acreditado ante el CONIS). Tutor académico: funcionario o no de la CCSS, responsable de la supervisión académica del estudio (debe estar acreditado ante el CONIS).			
24.	Certificación en papel membretado de la universidad correspondiente, emitida por el tutor universitario responsable en la que conste la revisión exhaustiva y la recomendación favorable.			
25.	Copia en papel membretado de la universidad correspondiente, de la aprobación de los comités de tesis o unidad de posgrado respectivo, en su caso, incluir la siguiente frase: "Por este medio hago constar que (nombre de la persona), es (estudiante de.....) ha presentado el proyecto de tesis denominado: (nombre de la investigación), el cual cuenta con la revisión metodológica y aprobación de comités de tesis o unidad de posgrado (nombre de la unidad)."			

Fuente: Comité de Bioética

BUENAS PRÁCTICAS CLÍNICAS

Impartido por:

-Dra. Gabriela Sibaja Fernández
-Dr. Adolfo Ortiz Barboza
-Dr. José Matarrita Sánchez

Avalado por el
Consejo Nacional de
Investigación en Salud
(CONIS) para
acreditarse como
investigador

10 Créditos
Recertificación Médica
24 horas de Aprovechamiento

Costo:
\$204 IVA incluido

Horario:
8:00am - 6:00pm

Información:
dcientifico@medicos.cr / 2210 - 2217

**** CUPO LIMITADO 30 PARTICIPANTES****

CURSOS 2020

01-08 Febrero
18-25 Abril
06-07 Junio
01-08 Agosto
03-10 Octubre
05-12 Diciembre



DIRECCIÓN CIENTÍFICO DOCENTE

Temas a tratar :

- | | |
|--|--|
| 1- Regulaciones y marco legal costarricense | 7- Principios bioestadísticos para estudios epidemiológicos |
| 2- Funciones y responsabilidades de los entes de investigación biomédica en el país. | 8- Buenas prácticas de investigación ICH |
| 3- Confidencialidad y privacidad | 9- Seguridad de los participantes en investigaciones biomédicas y manejo de eventos adversos |
| 4- Protocolo de investigación biomédica y manual del investigador | 10- Control de calidad: inspección, monitoreo y auditorías. Manejo de resultados y cierre de investigación |
| 5- Tipos, modelos y diseños de investigaciones biomédicas | 11- Historia y conceptos generales de la investigación biomédica |
| 6- Fases de la investigación clínica, uso del placebo, aleatorización y desarrollo e investigación de dispositivos médicos | Entre otros... |

Temas a tratar :

- | | |
|--|--|
| 1- Regulaciones y marco legal costarricense | 7- Principios bioestadísticos para estudios epidemiológicos |
| 2- Funciones y responsabilidades de los entes de investigación biomédica en el país. | 8- Buenas prácticas de investigación ICH |
| 3- Confidencialidad y privacidad | 9- Seguridad de los participantes en investigaciones biomédicas y manejo de eventos adversos |
| 4- Protocolo de investigación biomédica y manual del investigador | 10- Control de calidad: inspección, monitoreo y auditorías. Manejo de resultados y cierre de investigación |
| 5- Tipos, modelos y diseños de investigaciones biomédicas | 11- Historia y conceptos generales de la investigación biomédica |
| 6- Fases de la investigación clínica, uso del placebo, aleatorización y desarrollo e investigación de dispositivos médicos | Entre otros... |

Fuente: Comité de Bioética