

Práctica Global de Salud, Nutrición y Población

El incremento en el número de Cirugías Mayores Ambulatorias para reducir la lista de espera en Costa Rica

Ana Lucía Rosado Valenzuela, Ashley Sheffel, Micaela Mussini, Ana María Lara Salinas, Laura Di Giorgio

Agosto 2023



MENSAJES CLAVE:

- Las cirugías mayores ambulatorias han mostrado ser modelos de atención costo-efectivos en comparación con las cirugías que requieren hospitalización - reducen los costos hospitalarios, posibilitan el enfoque de los recursos limitados para casos más graves, ayudan a reducir la lista de espera, y permiten que los pacientes se recuperen en casa eliminando el riesgo de infecciones nosocomiales.
- La Caja Costarricense de Seguro Social aumentó progresivamente el porcentaje de cirugías mayores ambulatorias hasta ser más del 43% de las cirugías mayores realizadas en el sistema.
- Con el aumento de cirugías mayores ambulatorias, Costa Rica redujo un 60% el tiempo (días) de espera para la realización de otras cirugías mayores.
- La motivación por la reducción de la lista de espera, la comunicación y colaboración entre niveles de atención y centros implementadores, y la identificación y el aprovechamiento de infraestructura y recursos disponibles, han sido clave para el aumento de las cirugías mayores ambulatorias.
- La implementación de cambios en la prestación de los servicios de salud puede presentar retos importantes por la estandarización de guías clínicas y la aprobación de los manuales operativos.

Introducción

En tan solo cinco años las Cirugías Mayores Ambulatorias (CMA) en Costa Rica pasaron de ser del 18% a más del 43% del total de las cirugías mayores realizadas por la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), en seis diagnósticos seleccionados (varicectomía, hernia, salpingectomía, biopsia ósea, remoción de dispositivos óseo-sintéticos y colecistectomía laparoscópica).^(1, 2) Las CMA han aumentado su popularidad a nivel global al ser un modelo de atención que ofrece beneficios en la reducción de costos hospitalarios al evitar que los pacientes sean hospitalizados (y por tanto, ocupen una cama hospitalaria), al ayudar a enfocar los recursos limitados para casos más graves, al posibilitar la

reducción de la lista de espera, y al permitir que los pacientes se recuperen en casa eliminando el riesgo de infecciones nosocomiales. ⁽³⁾

Una de las mayores problemáticas que afronta la CCSS son las listas de espera en el tercer nivel de atención, lo que, entre otras cosas, tiene grandes efectos en la judicialización de la salud. Sin embargo, Costa Rica ha avanzado en la implementación de un programa de CMA para mejorar la situación y lograr una atención oportuna a sus pacientes. ⁽⁴⁾

Al igual que en muchos otros países, en Costa Rica se ha incrementado el renombre de las CMA. Una evaluación realizada en el 2018 mostró que los registros históricos de la CCSS evidenciaban un aumento progresivo en estos

procedimientos desde el año 2010 hasta el 2018. Estas cirugías se realizan principalmente en los 29 hospitales de segundo y tercer nivel de la CCSS, y tan sólo en seis de ellos se concentra cerca del 50% de las CMA que se realizan en la Institución.(2) Por otro lado, del total de procedimientos que se encuentran en la lista de espera quirúrgica de la CCSS, el 70% podría realizarse mediante CMA.(5) Lo que permite que las CMA sean un medio idóneo para la reducción en la lista de espera quirúrgica.

El acrecentamiento de CMA en la CCSS ha sido catalizado a través del Programa por Resultados (PxR), un instrumento financiero del Banco Mundial que incentiva el logro de objetivos y metas estratégicas de programas en los que los gobiernos intentan mejorar el uso de los gastos públicos generales o mejorar su desempeño utilizando sus propios procesos e instituciones. En Costa Rica este programa se desarrolló entre el 2016-2023 para el Fortalecimiento del Seguro Universal de Salud. Sus objetivos iniciales incluyeron el modernizar y fortalecer la red de atención primaria de salud, mejorar la calidad de los servicios, aumentar la cobertura de la población, y lograr que la red tuviera mayor capacidad de prevención, diagnóstico temprano y control de las enfermedades relevantes para el perfil epidemiológico local, nacional y regional. Además, también fue objetivo mejorar la eficiencia institucional y financiera de la CCSS.(1)

Además, el incremento de las CMA fue posible por el aprovechamiento de algunos facilitadores que permitieron su adecuado desarrollo y al esfuerzo que se sigue realizando en la CCSS por sobrellevar las barreras y retos encontrados en el camino. Este informe de conocimiento es parte de una serie más amplia de informes de conocimiento desarrollados por el Banco Mundial sobre el PxR en Costa Rica. Este informe tiene como objetivo describir facilitadores, retos y principales lecciones aprendidas durante la iniciativa de aumento de CMA para reducción de la lista de espera, con el objetivo de ofrecer aportaciones importantes para otros países interesados en implementar programas similares.

Antecedentes

En 1985 se comenzaron a implementar los primeros procedimientos de CMA en Costa Rica. Su iniciación fue resultado del interés del personal de salud de los hospitales en implementar métodos innovadores que habían aprendido en su formación en el extranjero. (6) El primer hospital en implementarlas fue el Hospital México. Siguiendo a este hospital pionero, algunos otros

hospitales del tercer nivel de atención comenzaron a realizar CMA.

Posteriormente, en el 2001, y con el entusiasmo de generar un aumento en estos procesos de atención quirúrgicos, la CCSS seleccionó los procedimientos a ser realizados ambulatoriamente, las normas específicas para su ejecución, y los reglamentos generales de los establecimientos que decidieran implementarlas. Un año después de estas revisiones, se publicó la primera “Lista de Intervenciones Ambulatorias” de la Institución, siendo actualizada tres años después. Consecutivamente, en el 2004, se generó un proyecto de fortalecimiento y modernización del sector salud que impulsaba todas las soluciones ambulatorias. Además, en el 2006, se incluyó un indicador de evaluación de las CMA en los Compromisos de Gestión de la CCSS. (2, 7)

Hasta entonces, los hospitales que realizaban CMA en Costa Rica lo hacían bajo sus propios manuales internos y sin una guía institucional. Motivo por lo cual, en el 2015, la Gerencia Médica generó el Plan para el Fortalecimiento Institucional de la Cirugía Ambulatoria. Sin embargo, más trabajo es necesario para implementarlo de manera coordinada e integral, ya que aún persiste la necesidad de institucionalización de un programa de CMA. (5)

Las Cirugías Mayores Ambulatorias ante el Programa por Resultados

Una de las prioridades establecidas en la planeación del PxR en el 2016, fue el aumento de CMA para reducir la lista de espera en cirugías. La CCSS define a las CMA como los procedimientos con ingreso y egreso en menos de 24 horas.(5) Lo cual, evita la hospitalización del paciente y la ocupación de una cama hospitalaria reduciendo entonces la lista de espera y mejorando el modelo de atención de salud y la reducción de costos hospitalarios.(1) Estos objetivos se vincularon al Indicador Ligado al Desembolso #1 (ILD 1) del PxR: “Porcentaje de cirugías mayores de la lista prioritaria realizadas en forma ambulatoria según las directrices institucionales de la CCSS”. Inicialmente, este indicador se cumpliría si a los cinco años las CMA llegaban a ser al menos el 43% del total de las cirugías mayores realizadas en la Institución. Por otro lado, los procedimientos acordados como prioritarios para medirse dentro de este indicador fueron:

1. Varisectomía
2. Hernioplastía

3. Remoción de material osteo-sintético
4. Biopsia ósea
5. Salpingectomía
6. Colectectomía laparoscópica

A través del impulso del PxR, y con el interés precedente de algunos hospitales de la CCSS, se generó una nueva intención de incrementar las CMA. Para lograrlo, en julio del 2017 se conformó la Comisión de Cirugía Mayor Ambulatoria, para reanudar lo establecido en el Plan de Fortalecimiento Institucional de la Cirugía Ambulatoria publicado en 2015. En consecuencia, la Comisión se encargó de elaborar documentos estratégicos y técnicos para el avance del plan (5):

- Manual Operativo para la Implementación de un Programa de Cirugía Ambulatoria.
- Plan de Trabajo para Fortalecer en el Ámbito Institucional la Cirugía Ambulatoria.
- Taller de Socialización del Manual Operativo.
- Encuesta de Diagnóstico de Condiciones Generales para la Implementación de Programa de Cirugía Ambulatoria.

El Manual Operativo se presentó ante la Gerencia Médica de la CCSS en noviembre del 2018 pero todavía no se ha aprobado, limitando la implementación estandarizada del programa a nivel institucional. En cambio, los hospitales y centros de salud implementadores han progresado con el desarrollo del ILD 1, a través de grandes esfuerzos individuales. A su vez, con el objetivo común de reducir la lista de espera, también ha existido colaboración con la Unidad Técnica de Listas de Espera (UTLE), instancia técnica adscrita a la Gerencia Médica de la CCSS, que analiza y da seguimiento a los datos estadísticos sobre la lista de espera en toda la Institución (cirugías, procedimientos y consulta externa), además, cuenta con presupuesto asignado para implementar modalidades de resolución que las mejoren.

Planeación Estratégica e Implementación

La guía técnica y el seguimiento para el incremento de las CMA es realizado por la Comisión de Cirugía Mayor Ambulatoria.(5) La implementación de estas cirugías se realizó en los 29 hospitales y en algunos centros de primer nivel de atención del sistema. Los hospitales han sido claves en el incremento de la proporción de las CMA. El principal motivo, para que ellos logaran este cambio positivo, fue un llamado a la acción institucional por reducir las largas listas de espera en diferentes servicios

y procedimientos. Este llamado permitió que los hospitales que ya implementaban CMA, desde hace décadas, encontraran las vías adecuadas para incrementarlas aún más y que los hospitales que tenían bajo número de estas aumentaran poco a poco su proporción. Para lograrlo, todos los hospitales tenían a su alcance la orientación y apoyo técnico de la Comisión de Cirugía Mayor Ambulatoria, si lo solicitaban.

A su vez, existió una colaboración innovadora entre diferentes niveles de atención en algunas de las siete Redes Integradas de Prestación de Servicios de Salud (RIPSS), que son las redes en las que descentraliza la prestación de los servicios de la Institución. En todo el sistema de la CCSS existen cuatro Centros de Atención Integral en Salud (CAIS). Estas unidades de salud forman parte del primer nivel de atención y cuentan con servicios especializados y capacidad instalada (salas de operación y personal de salud) para la realización de procedimientos ambulatorios. Debido a ello, las RIPSS que cuentan con un CAIS en su territorio generaron acuerdos y colaboraciones para transferir procedimientos ambulatorios desde los hospitales hacia los CASI, para aprovechar esta capacidad instalada.

EL CUMPLIMIENTO DE LOS INDICADORES DE LA INTERVENCIÓN

En el 2013, el porcentaje de los procedimientos de CMA prioritarios dentro del PxR reunían sólo el 18% de todas las cirugías mayores. Tan solo 5 años después, en el 2018, se logró incrementar dicho porcentaje por encima del objetivo del 43% establecido como parte del PxR. Con ello, la CCSS logró el cumplimiento del indicador acordado, en conjunto con el Banco Mundial, al inicio del programa.

Además, existe un indicador intermedio que es de gran interés para este proyecto, la disminución en la lista de espera en cirugías de reemplazo de cadera y de rodilla. Este indicador permitió la medición de uno de los principales objetivos de las CMA, mejorar la eficiencia y disminuir tiempos de espera en la atención. En el 2015 la espera para una cirugía de rodilla o cadera era de 1.032 días. Gracias a los incrementos en la CMA, y a otros programas de eficiencia hospitalaria implementados por la CCSS (por ejemplo, el programa de cirugías vespertinas, cirugías que se realizan fuera del horario ordinario de trabajo para eficientizar el uso de la capacidad instalada), este indicador bajó en un 60% al 2018, reduciéndose la

espera a 422 días; una meta que superó ampliamente el objetivo original establecido de una reducción del 35%.(1, 8)

Por otro lado, aunque aún no se han hecho evaluaciones institucionales, algunas unidades han realizado encuestas de satisfacción a sus pacientes de CMA y las respuestas sobre su atención han sido positivas. (6)

FACILITADORES

El aumento de las CMA se logró en parte por la correcta conjunción de algunos factores específicos.

Atención oportuna como prioridad institucional para la CCSS: Existe un gran interés y compromiso institucional en la reducción en la lista de espera. Derivado de ello, esta prioridad se ha integrado a los Planes Estratégicos Institucionales, y se han creado planes de acción (por ejemplo, el Plan de Atención Oportuna) y departamentos encargados de implementar proyectos (como la UTLE) para reducir dichos tiempos.(4, 9, 10, 11) Todo esto se convierte en una gran plataforma catalizadora para las CMA.

Creación de una comisión específica: La creación de la Comisión de Cirugía Mayor Ambulatoria permitió el avance en los acuerdos necesarios para la generación de documentos clave para avanzar en la institucionalización de las CMA, la comunicación y el seguimiento de los indicadores prioritarios en los hospitales, así como la capacitación y tutoría en los centros de salud que lo requirieran. (6)

Trabajo en Redes: La CCSS descentraliza la gestión de los servicios de salud a las siete RIPSS que la integran. En cada una de ellas ha existido un activo canal de comunicación entre la Gerencia Médica, los directores de las RIPSS, los hospitales y centros de salud, para incentivar el aumento de las CMA. (9) Además, se ha generado esta importante colaboración para la transferencia de pacientes que se encuentran en espera de una cirugía en los hospitales hacia los CAIS, para mejorar la lista de espera.

Aprovechamiento de capacidad instalada: Las salas quirúrgicas de los CAIS habían sido creadas originalmente para la atención de nacimientos bajo parto vaginal o cesárea, pero la demanda de uso para esos fines ha sido baja. Los hospitales vieron esta oportunidad para transferir y realizar sus CMA en esos centros,

aprovechando no sólo la infraestructura, si no el personal disponible en ellos.(6)

Existencia de un expediente digital en salud: En el 2018 se completó la integración del Expediente Digital Único en Salud (EDUS) en todos los hospitales de la CCSS. Un componente dentro del EDUS es el sistema EDUS-ARCA, que permite el seguimiento virtual al historial clínico y quirúrgico de los pacientes desde cualquier centro de salud. Esta portabilidad de la información entre niveles de atención es vital en procesos ambulatorios ya que permite que el expediente clínico sea trazable a lo largo del continuo de atención ambulatoria.

Ser un objetivo del PxR: El aumento de las CMA fue uno de los indicadores impulsados a través del PxR, de común acuerdo entre la CCSS y el Banco Mundial. Con ello se logró que las acciones establecidas estén siendo efectivas para alcanzar las metas proyectadas en la reducción de la lista de espera a través de las CMA.



Imagen 1. Centro de Atención Integral en Salud en la población de Desamparados. Créditos: Soto, Adrián. (12)

RETOS ENCONTRADOS

El avance institucional para incrementar la proporción de las CMA ha presentado algunas barreras que continúan trabajándose hasta ahora.

Gobernanza y liderazgo: A pesar de que la CCSS ha mostrado un gran interés en el tema de la atención oportuna de los pacientes, la falta de una instancia técnica responsable para la implementación estandarizada del proyecto en los centros de salud ha dado lugar a funciones y responsabilidades poco claras. Las acciones se encuentran divididas entre la Comisión y la UTLE. (5)

Burocracias e ineficiencias administrativas: Los tiempos de aprobación del Manual Operativo han sido muy largos debido a burocracias internas.(13) Proceso que se intensificó con la interrupción por la pandemia de COVID-19. Este retraso ha limitado la potencial

institucionalización y estandarización del programa de CMA en la CCSS que incluyen el marco normativo, la estructura organizada, la programación de cirugías y los mecanismos de control, entre otros. (5)

Implementación independiente: Los hospitales implementan sus programas de CMA de manera independiente, a falta de la estandarización institucional. A pesar de que esto permitió a los hospitales explorar enfoques innovadores de los que la Institución podría aprender, también ha generado diferencias en la proporción de CMA realizadas por los hospitales. Uno de los motivos de esta diferencia es la disponibilidad de recursos en cada uno de ellos. La institucionalización de un programa de CMA será importante para nivelar estas diferencias entre hospitales y asegurar los mismos estándares y procesos, de acuerdo con el contexto local.

Diferencias regionales: Aunque exista voluntad de que el porcentaje de CMA aumente en todos los hospitales, la realidad contextual y la variabilidad en los recursos disponibles (ubicación en zonas rurales y de menos presupuesto) lo dificulta. Por ejemplo, existen centros que no cuentan con acceso oportuno a equipo médico especializado en caso de que se presente alguna complicación postquirúrgica.(14) Por lo que estos establecimientos presentan más desafíos en la implementación y un mayor miedo por el personal de salud a la realización de CMA. Es por lo tanto importante recordar que la implementación de la CMA necesita adaptarse al contexto local.

Recursos humanos limitados: La limitación en el número de recursos humanos necesarios para la realización de CMA ha sido una de las principales barreras para reducir la lista de espera. Además de que la distribución es inequitativa entre las diferentes unidades del país. A pesar de ello, se están estableciendo programas para mejorar la distribución equitativa del personal de salud en áreas con mayor rezago y el aprovechamiento de la infraestructura disponible en otros establecimientos.

Estandarización de guías clínicas: Al inicio, el proceso de acuerdo para estructurar las guías clínicas para elección de pacientes y los procedimientos seleccionados para CMA fueron complicados. El reto principal fue la diversidad en el criterio clínico entre los profesionales de salud. Afortunadamente, esto se resolvió gracias a la creación de la Comisión de CMA, que favoreció la discusión y el acuerdo de las guías.

Resistencia al cambio: Al inicio, algunos médicos mostraron resistencia a la ejecución del modelo de atención ambulatorio por temor y desconocimiento de este. Esta resistencia fue disminuyendo al notar casos de éxito de CMA y por la solicitud de los pacientes por ser atendidos ambulatoriamente. Además de atestiguar la experiencia positiva en su implementación y los beneficios de generar más capacidad en el sistema de salud costarricense.

Avance rápido en las tecnologías y actualización de procedimientos eligibles como CMA: Debido al gran avance tecnológico en cirugías, los procedimientos a ser realizados bajo CMA y las guías clínicas necesarias para su ejecución cambian rápidamente.(14) Debido a ello, la lista de procedimientos autorizados para realizarse bajo CMA se tiene que actualizar constantemente. Su última actualización se realizó en el año 2004. Es por lo tanto importante tener un sistema rutinario de actualización.

COVID-19: La pandemia de COVID-19 generó interrupción en la prestación de servicios a nivel hospitalario y administrativo.(15) Por lo cual, los procesos de aprobaciones pendientes sobre el Manual Operativo y el incremento acelerado de las CMA se pausó por unos dos años. Afortunadamente, los procesos administrativos y clínicos se están reactivando.

EL CAMINO POR SEGUIR Y LAS BRECHAS POR CERRAR

Los próximos pasos, para que la CCSS avance en las CMA de manera institucional, incluyen la aprobación del Manual Operativo y la generación de un sistema de rutina para la actualización de la lista de procedimientos. Con ello, se podrán implementar las cirugías mayores ambulatorias de manera más estandarizada en toda la Institución. Este progreso permitiría la expansión de estos procedimientos a otros centros de salud de primer o segundo nivel, como se ha logrado en los CAIS. Por otro lado, y con el fin de seguir mejorando la provisión de los servicios, se pretende evaluar el impacto de las CMA en la eficiencia hospitalaria (por ejemplo, en la reducción de costos hospitalarios) y la satisfacción de los pacientes.

El cuadro 1 resume algunas de las lecciones aprendidas en esta iniciativa de aumento de CMA en la CCSS, para que estas puedan servir de guía para otras instituciones o sistemas que deseen implementar un programa similar.

La CCSS continuará avanzando en su camino hacia la mejora de la eficiencia hospitalaria, al crecer su red de

implementación de CMA en todo el sistema. Estos avances a futuro traerán mayor reducción en costos y lista de espera, mejor utilización de camas hospitalarias,

y sobre todo, la mejora de la satisfacción de los usuarios de los servicios de salud.

Cuadro 1. Lecciones aprendidas

- Las CMA son uno de los modelos de atención que ha permitido la exitosa disminución de la lista de espera quirúrgica en la Caja Costarricense de Seguro Social.
- Obtener la voluntad política y el respaldo de los altos directivos de la Institución es importante para priorizar las acciones para el aumento de las CMA y para agilizar los procesos de aprobación de manuales y guía de implementación.
- Permitir que los hospitales implementaran diferentes enfoques para aumentar la CMA logró que la Institución conociera diversas formas de aplicación de los principales ejecutores.
- Para garantizar un sistema equitativo, es necesario un proceso de estandarización institucional que contemple las diferencias contextuales por regiones.
- La colaboración entre diferentes niveles de atención en los contextos regionales permitió un aprovechamiento de la capacidad instalada para el aumento de la proporción de CMA.
- El modelo de colaboración y transferencia de cirugías ambulatorias entre niveles de atención ha sido tan exitoso que para el futuro aumento de la proporción de las CMA se buscarán los medios necesarios para su implementación a nivel nacional.

Los Informes de Conocimiento sobre Salud, Nutrición y Población del Banco Mundial son una referencia rápida sobre aspectos esenciales de temas específicos relacionados con SNP que resumen nuevos hallazgos e información. Éstos pueden destacar un problema y las intervenciones clave que han demostrado ser eficaces en la mejora de la salud, o difundir nuevos conocimientos y lecciones aprendidas de las regiones.

Para más información sobre el tema, visite: www.worldbank.org/health.

El generoso respaldo financiero para esta serie de Informes de Conocimiento fue posible gracias al Fondo Fiduciario Access Accelerated.

Referencias

1. The World Bank. Program Appraisal Document for a Strengthening Universal Health Insurance in Costa Rica. Program-for-Results. 2016.
2. Bronstein Krausz LD. Reporte de Verificación: Indicador ligado al desembolso #1/Hito 1: Aumento de cirugías mayores en entornos ambulatorios Organización Panamericana de la Salud; 2018.
3. Recart A. CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA. UNA NUEVA FORMA DE ENTENDER LA MEDICINA QUIRÚRGICA. Revista Médica Clínica Las Condes. 2017;28(5):682-90.
4. Caja Costarricense de Seguro Social. Plan para la Atención Oportuna de las Personas. 2017. p. 61.
5. Caja Costarricense de Seguro Social. Auditoría Interna: ESTUDIO DE CARÁCTER ESPECIAL SOBRE CIRUGÍA AMBULATORIA A NIVEL INSTITUCIONAL. 2019.
6. Morera JC. Entrevista Programa por Resultados CCSS/BM - Cirugías Mayores Ambulatorias. In: Rosado Valenzuela AL, editor. 2023.
7. Caja Costarricense de Seguro Social. Informe de Evaluación de los Compromisos de Gestión 2008-2009. 2010.
8. Programa por Resultados CCSS/BM. Matriz Reporte: Avance Integral Programa por Resultados CCSS-Banco Mundial. 2022.
9. Vega Martínez LC. Entrevista Cirugía Mayor Ambulatoria, Programa Por Resultados CCSS/BM. In: Rosado Valenzuela AL, editor. 2023.
10. Caja Costarricense de Seguro Social. Plan estratégico institucional 2015-2018. 2015.
11. Caja Costarricense de Seguro Social. Plan estratégico institucional 2019-2021. 2019.
12. Soto A, Ávalos Á. Orden sanitaria deja sin cirugías de emergencia a CAIS de Desamparados. La Nación. 2022.
13. Arroyo LP. Entrevista Programa por Resultados CCSS/BM. In: Rosado Valenzuela AL, editor. 2023.
14. Cambroner E. Entrevista Programa por Resultados CCSS/BM. In: Rosado Valenzuela AL, editor. 2023.
15. Prensa Latina. Sistema de Salud de Costa Rica reanuda servicios a la población. 2022.

Fotografía en portada créditos a Mayela López, La Nación, CCSS quiere aumentar cirugías ambulatorias para bajar listas de espera , 2017. <https://www.nacion.com/el-pais/salud/ccss-quiere-aumentar-cirugias-ambulatorias-para-bajar-listas-de-espera/W57BVAQ7EFCWDH56QAHZM4PFGU/story/>