



AGO-049-2019  
11-06-2019

## RESUMEN EJECUTIVO

El presente estudio ha sido elaborado en cumplimiento del Plan Anual Operativo 2019, del Área de Gestión Operativa, con la finalidad de evaluar las acciones efectuadas por las autoridades del hospital de Ciudad Neily en relación con la disponibilidad de recurso, uso y producción en el área quirúrgica y anestesia.

Es reconocido internacionalmente que los bloques quirúrgicos incluyen un proceso asistencial complejo, que generan un sustancial consumo de recursos y que de su actividad depende la existencia de listas de espera, de ahí la importancia de evaluar la eficiencia en la utilización de las salas de operaciones en las unidades prestatarias de servicios de salud.

Los resultados de la evaluación evidencian aspectos de control que deben fortalecerse y que constituyen uno de los ejes fundamentales en los establecimientos de salud que brindan atención médico - quirúrgica, no solamente por los costos que esta actividad representa, sino por la oportunidad que ello constituye para el usuario que se encuentra en la lista de espera quirúrgica.

Considerando la naturaleza de la actividad y el impacto que ello representa en la oportunidad de atención al usuario, el éxito de las estrategias, normas, procedimientos y actividades que se impulsen al efecto, para maximizar la utilización de los recursos, deben estar orientadas al análisis de las variables que influyen en la oferta de servicios, a fin de determinar su efectivo control.

Es imprescindible a su vez, mencionar que una adecuada planificación en la gestión de cualquier servicio es la base para desarrollar en forma correcta los procesos y actividades de la unidad, las cuales, al considerar metas y objetivos claramente definidos, determinan mediante métricas y variables de cumplimiento el accionar y comportamiento de los programas para la atención de los pacientes. En tal sentido, la capacitación, divulgación y los mecanismos que garanticen la continuidad para la maximización y aprovechamiento del recurso, se constituye en un elemento fundamental para el éxito de la gestión.

Por lo anterior, esta Auditoría ha recomendado a la Gerencia Médica, realizar un análisis para disminuir la brecha existente de profesionales en ciencias de la salud, así como a la Dirección Regional y Dirección Médica, que analice las situaciones expuestas en el presente informe, a fin de establecer las medidas que correspondan para fortalecer el sistema de control interno a efectos de mejorar la toma de decisiones, aspectos que deben permitir mejorar la prestación de los servicios de salud a esta población.



AGO-049-2019  
11-06-2019

## ÁREA DE GESTIÓN OPERATIVA

### AUDITORÍA DE CARÁCTER ESPECIAL SOBRE USO DE LA CAPACIDAD INSTALADA EN ACTIVIDAD QUIRÚRGICA EN EL HOSPITAL DE CIUDAD NEILY

#### ORIGEN DEL ESTUDIO

El estudio se realizó de conformidad con el Plan Anual Operativo 2019 del Área de Gestión Operativa, PAI 128.

#### OBJETIVO GENERAL

Evaluar la eficiencia y eficacia del uso de la capacidad instalada en actividad quirúrgica del Hospital de Ciudad Neily.

#### OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Revisar la razonabilidad de la distribución de tiempos realizada sobre las actividades administrativas, médicas y quirúrgicas del talento humano.
- Determinar la eficiencia y eficacia de la gestión realizada sobre las camas hospitalarias del establecimiento de salud.
- Verificar el uso y aprovechamiento de la infraestructura disponible para la elaboración de cirugías en el Hospital de Ciudad Neily.
- Estudiar el aprovechamiento de los tiempos asignados para actividades quirúrgicas por parte de los profesionales en salud.
- Determinar el impacto generado por la actividad quirúrgica, durante la jornada ordinaria, en las listas de espera del Hospital de Ciudad Neily.



## ALCANCE

El presente estudio comprende el análisis de los indicadores hospitalarios de TUSH, Estancia Promedio, Giro Cama, Censo Diario y recurso humano, así como, las acciones efectuadas para atención de la lista de espera quirúrgica durante el mes de junio 2018, en el Hospital de Ciudad Neily.

El período evaluado considera el mes de junio 2018 para el cual se realizó un análisis retrospectivo que no considera aspectos estacionales, determinantes relacionados con enfermedad, u otros factores de emergencia que pudieran afectar el funcionamiento del servicio de cirugía y anestesia, lo anterior por cuanto el registro de información que posee la administración no considera dichas variables.

El estudio se realizó de conformidad con las Normas Generales de Auditoría Interna para el Sector Público.

## METODOLOGÍA

Con el propósito de alcanzar los objetivos del estudio se realizaron los siguientes procedimientos metodológicos:

- ✓ Revisión y análisis de la siguiente información:
  - Lista de espera actividad quirúrgica de mayo y junio 2018.
  - Tiempo de Utilización de Sala (TUSH- junio 2018).
  - Solicitud de roles a la Dirección Médica, y Jefes de Servicio, de actividades, vacaciones y permisos, de los médicos: Cirujanos, Gineco-Obstetras, Anestesiólogos, para el mes de junio 2018.
  - Hojas de Anestesia de semana del 4 al 8 de junio 2018.
- ✓ Aplicación del Instrumento Disponibilidad, uso y aprovechamiento de recursos disponibles en la actividad quirúrgica, aprobado por Junta Directiva mediante el artículo 14 de la sesión número 8949.
- ✓ Recorrido por Salas de Operación.
- ✓ Entrevista a los siguientes funcionarios del hospital de Ciudad Nely
  - Dr. William Martínez Abarca, Director General
  - Dr. Enué Arrieta Espinoza, Director General a.i.
  - Dr. Erick Castillo Concepción, Coordinador de la Unidad de Atención Oportuna a las Personas (UAOP)
  - Dra. Margarita Mejías Romero, jefe a.i. Sala de Operaciones
  - Dr. Isaac Escobar Oriol, jefe del Servicio de Cirugía



## MARCO NORMATIVO

- Ley General de Control Interno, N° 8292, publicada en La Gaceta N° 169, del 4 de setiembre de 2002.
- Ley de Derechos y Deberes de las personas usuarias de los servicios de salud públicos y privados, N° 8239, del 13 de marzo de 2002.
- Normas de Control Interno para el Sector Público, aprobadas mediante Resolución del Despacho de la Contralora N° 2-2009-CO-DFOE, publicadas en La Gaceta N° 20 del 6 de febrero 2009.
- Propuesta para analizar la disponibilidad de recursos, uso, producción y su impacto en la lista de espera quirúrgica y de exámenes de diagnóstico, según acuerdo de Junta Directiva 8949, artículo 14 del 21 de diciembre del 2017.
- Política Institucional de Calidad y Seguridad del Paciente, aprobada en artículo 2º de la sesión N° 8139, celebrada el 22 de marzo 2007.
- Política Institucional para la Gestión de Personas de la Caja Costarricense de Seguro Social, aprobada según Artículo 16º de la Sesión Número 8886 del 02 de febrero del 2017.
- Política Institucional para la gestión de listas de espera, aprobada en sesión de Junta Directiva 8485, Artículo 22º del 16 de diciembre de 2010.
- Reglamento del funcionamiento de la Unidad Técnica de Listas de Espera, aprobado en sesión No. 7552 de 31 de mayo del 2001.
- Reglamento General de Hospitales Nacionales D.E. 1743-SPPS, publicado según Gaceta No. 143 del 14 de julio 1971.
- Manual normativo del programa Institucional de estándares de salud dirigido a los tres niveles de atención, elaborado por la Caja Costarricense Seguro Social en enero de 2006.
- Sentencia N° 06029 de Sala Constitucional de la Corte Suprema de Justicia, de 30 de abril de 2013 sobre gestión de listas de espera.
- El documento “Una CCSS renovada hacia el 2025. Planeamiento Estratégico Institucional 2007-2012 y Programación de Inversiones”, aprobado mediante acuerdo de junta Directiva según artículo 1º de la sesión N° 8150, celebrada el 10 de mayo de 2007.
- Guía de ingreso, resolución y depuración de listas de espera para procedimientos médicos y quirúrgicos, vigente a partir de setiembre 2015.
- Oficio D.J.-2135-2013 del 2 de abril 2013, respecto de uso de televisores y microondas, así como de la posibilidad de que los médicos puedan dormir en su horario de trabajo.

## ASPECTOS NORMATIVOS A CONSIDERAR:

Esta Auditoría, informa y previene al Jerarca y a los titulares subordinados, acerca de los deberes que les corresponden, respecto a lo establecido en el artículo 6 de la Ley General de Control Interno, así como sobre las formalidades y los plazos que deben observarse en razón de lo preceptuado en los numerales 36, 37 y 38 de la Ley N.º 8292 en lo referente al trámite de nuestras evaluaciones; al igual que sobre las posibles



responsabilidades que pueden generarse por incurrir en las causales previstas en el artículo 39 del mismo cuerpo normativo, el cual indica en su párrafo primero:

“Artículo 39.- Causales de responsabilidad administrativa. El jerarca y los titulares subordinados incurrirán en responsabilidad administrativa y civil, cuando corresponda, si incumplen injustificadamente los deberes asignados en esta Ley, sin perjuicio de otras causales previstas en el régimen aplicable a la respectiva relación de servicios. (...)”.

## ANTECEDENTES

El hospital está catalogado como un hospital periférico 3, el cual dentro de la población que atiende recibe referencias del Área de Salud de Corredores; posee una población directa cercana a los 50 mil habitantes y una adscrita indirecta superior a las 120 mil personas de los cantones de Golfito, Ciudad Cortés y Coto Brus.

En el centro médico se dispone de 6 Salas de Operaciones, las cuales únicamente se utilizan 2 salas, (la 1 y 2), por cuanto únicamente dispone de 2 anesestiólogos y 2 equipos de anestesia, así como 3 equipos completos de enfermería.

El centro hospitalario dispone de seis especialistas, quienes realizan cirugías en las especialidades de Cirugía General, Ginecología, Urología, Oftalmología, Ortopedia y Cirugía Pediátrica.

## HALLAZGOS

### 1. DE LA APLICACIÓN DE LA METODOLOGÍA SOBRE DISPONIBILIDAD, USO Y APROVECHAMIENTO DE RECURSOS DISPONIBLES EN ACTIVIDAD QUIRÚRGICA

En el hospital de Ciudad Neily, se ha realizado la implementación de la Metodología sobre disponibilidad, uso y aprovechamiento de recursos disponibles en actividad quirúrgica, en cumplimiento con lo establecido en el acuerdo de Junta Directiva, artículo 14, sesión 8949, no obstante, se carece del plan de mejora.

Se conversó con el Dr. Isaac Escobar Oriol, Jefe del servicio de Cirugía, señaló en entrevista realizada por este Órgano de Control y Fiscalización, lo siguiente:

“Con respecto a los lineamientos institucionales a seguir, tenemos que cumplir con lo establecido en la Guía de ingreso, resolución y depuración de listas de espera para procedimientos médicos y quirúrgicos, y con los criterios de priorización de la lista de espera de cirugía en las especialidades y diagnósticos críticos.

A fin de poder hacer posible estos cambios, se está trabajando en la elaboración de un Plan de Mejora, el cual no se tenía, y se espera que se incluya un análisis FODA, a fin de poder identificar las fortalezas y debilidades que tiene, a fin de aprovechar las oportunidades y poder minimizar las amenazas”.



La Junta Directiva, emitió el 21 de diciembre de 2017 el acuerdo según artículo 14, sesión 8949 en el cual indicó:

ARTICULO 14º. ACUERDO PRIMERO: habiéndose hecho la presentación pertinente hecha por la Auditoría, en relación con la Propuesta para determinar la Disponibilidad de recursos, uso y producción, Cirugía y Anestesiología, así como lo expuesto por la ingeniera Marielos Gutiérrez Brenes, Directora de la Dirección de Proyección de Servicios de Salud, y de conformidad con la metodología aprobada por la Gerencia Médica y con la asesoría de la Auditoría Interna, para determinar la disponibilidad de recursos, uso, producción y su impacto en la lista de espera quirúrgica y de exámenes de diagnóstico, la Junta Directiva –por mayoría- ACUERDA:

1) Dar por recibida la Propuesta para analizar la disponibilidad de recursos, uso, producción y su impacto en la lista de espera quirúrgica y de exámenes de diagnóstico.

2) Instruir a la Gerencia Médica, para asumir la administración e implementación oficial inmediata de los cuadros contenidos en la Propuesta para analizar la disponibilidad de recursos, uso, producción y su impacto en la lista de espera quirúrgica y de exámenes de diagnóstico, en los centros de salud que desarrollan actividad quirúrgica y realizan exámenes de radiodiagnóstico, con el fin de optimizar el uso de los recursos disponibles y el abordaje de la problemática de la lista de espera.

3) Instruir a la Gerencia Médica, como responsable de la implementación de los cuadros contenidos en la Propuesta para analizar la disponibilidad de recursos, uso, producción y su impacto en la lista de espera quirúrgica y de exámenes de diagnóstico, para garantice que, previo a la solicitud para aprobación de asignación de recursos económicos para aumento de oferta por parte de esta Junta Directiva, tanto esa Gerencia Médica como los Directores de los centros de salud solicitantes, deben demostrar lo siguiente:

a) El uso continuo y sostenible de la herramienta como elemento de apoyo importante en la gestión gerencial.

b) Presentación de la evaluación y estado de implementación de los planes de mejora correspondientes.

c) Previo a la presentación o solicitud de cualquier proyecto de cirugía vespertina o de procedimientos de radiodiagnóstico para la reducción de lista de espera y por el alto costo que representa, debe justificarse mediante el análisis de los recursos disponibles o a través de esta herramienta, su uso y producción en jornada ordinaria.

d) Que la Auditoría continúe con el desarrollo de instrumentos similares en otras especialidades y que la Gerencia Médica, en coordinación con la Auditoría, los implemente conforme vayan siendo elaborados.

Se dispone, asimismo, que, en un plazo de dos meses, la Gerencia Médica debe informar a la Junta Directiva, en cuanto al avance de cómo va la implementación de este asunto”.

La Gerencia Médica aprobó, mediante oficio GM.UTLE-12842-2017, la implementación de la “Propuesta para analizar la disponibilidad de recursos, uso, producción y su impacto en la lista de espera quirúrgica y de exámenes de diagnóstico”, en todos los hospitales.



El 7 de febrero 2019, mediante oficio JSOP-039-2019, el Dr. Escobar Oriol remitió a esta Auditoría el diagnóstico situacional del servicio de sala de operaciones del hospital. En este documento adjunta un listado de propuestas de mejora, no obstante, no se establece ni responsables, estrategias, ni plazos por cumplir.

Lo anterior obedece al incumplimiento de lo que establece el acuerdo de Junta Directiva, respecto de la necesidad de utilizar la herramienta como elemento de apoyo importante en la gestión gerencial, así como en la implementación de los planes de mejora correspondientes.

El hecho de que en el hospital de Ciudad Neily no se disponga de un plan de mejora respecto de la disponibilidad, uso y aprovechamiento de los recursos en la actividad quirúrgica, afecta la toma de decisiones, e impacta directamente en la reducción de las listas de espera y atención oportuna de usuarios.

## 2. DEL COMPORTAMIENTO DE LA OFERTA Y DEMANDA DE SERVICIOS QUIRURGICOS EN EL HOSPITAL DE CIUDAD NEILY (LISTAS DE ESPERA).

Se analizó el comportamiento de la lista de espera de cirugía, obteniendo como resultados que en el periodo evaluado existió un incremento, en virtud de que al 31 de mayo 2018 había en espera 626 pacientes, mientras que al cierre de junio se contabilizó 693, es decir 67 pacientes más.

Del análisis de la lista de espera a junio 2018, se observó casos de usuarios que esperan por una cirugía desde el 2017, siendo las especialidades de Oftalmología y Cirugía General las que experimentaron un aumento, Urología se mantuvo, mientras que Cirugía Infantil, Ginecología y Ortopedia experimentaron una disminución; asimismo se determinó que existen usuarios con plazos de espera de hasta 2 años, sin que se hayan concretado las acciones necesarias para su resolución (ver anexo 8), según se detalla a continuación:

**Cuadro 1.** Plazos en Lista de Espera por Especialidad  
Lista de Espera a junio 2018, Hospital De Ciudad Neily

<b>Especialidad</b>	<b>2017</b>	<b>2018</b>	<b>Total general</b>
Cirugía General	3	68	71
Cirugía General Infantil	12	177	189
Ginecología	5	60	65
Oftalmología	64	247	311
Ortopedia	2	9	11
Urología	1	45	46
<b>Total general</b>	<b>87</b>	<b>606</b>	<b>693</b>

Fuente: Elaboración propia con base al TUSH

La oferta de servicios del Hospital de Ciudad Neily, para el mes de junio 2018, fue superada en un 6 % por la demanda, ya que en el periodo de análisis se registró un ingreso de 85 pacientes a las Listas de Espera, con egresos de 80 personas (10 depuraciones y 70 cirugías), según se muestra a continuación:



**Cuadro 2.** Oferta y Demanda de Servicios Quirúrgicos  
Lista de Espera a junio 2018, Hospital De Ciudad Neily

Especialidad	Ingresos	Depuraciones	Cx realizadas	Comportamiento Oferta vrs Demanda (% resolución)
Cirugía General	14	1	6	50%
Cirugía Pediátrica	10	7	14	-110%
Ginecología	5	1	14	-200%
Oftalmología	38	0	10	74%
Ortopedia	3	1	11	-300%
Urología	15	0	15	0%
<b>Totales</b>	<b>85</b>	<b>10</b>	<b>70</b>	<b>6%</b>

Fuente: Elaboración propia con base en las listas de espera de mayo y junio 2018, Hospital De Ciudad Neil.

La lista de espera está considerada como “la demanda expresada que no puede ser atendida en ese momento” y está conformada por las personas que han solicitado un servicio y se encuentran en espera, a su vez refleja la necesidad de mejorar el modelo de atención actual, generar un control de la demanda que garantice seleccionar a los pacientes de una forma efectiva, segura y eficiente sin necesidad de contar con una cama de hospitalización tradicional<sup>1</sup>.

La Política Institucional para la gestión de listas de espera establece en el punto 4.2, “De la gestión de listas de espera”, inciso 4.2.2 lo siguiente:

“Cada centro de atención integrará grupos gestores locales para gestionar las listas de espera, los cuales diseñarán las medidas para su abordaje; estos equipos locales tomarán en cuenta la capacidad instalada tanto en términos de infraestructura, equipamiento, financiamiento, así como de recurso humano para atender la demanda. Estas estrategias serán abordadas tomando en cuenta el funcionamiento de la Red de Servicios de Salud Institucional.”

La Organización Mundial de la Salud<sup>2</sup>, declaró en artículo sobre Salud y derechos humanos, del 29 de diciembre de 2017, lo siguiente:

“El derecho a la salud incluye el acceso oportuno, aceptable y asequible a servicios de atención de salud de calidad suficiente.”.

La Sentencia N.º 06029 de Sala Constitucional de la Corte Suprema de Justicia, de 30 de abril de 2013, señala:

<sup>1</sup> La cirugía ambulatoria en un hospital público del grupo 5: aspectos organizativos, económicos y de gestión de lista de espera quirúrgica. Memoria para optar al grado de doctor presentada por Miguel Ángel Baratas de las Heras, Madrid 2010.

<sup>2</sup> <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/human-rights-and-health>





“No obstante los alegatos de la parte recurrida, este Tribunal considera que ha transcurrido más de allá de todo plazo razonable para que las autoridades competentes resuelvan los problemas administrativos y brinden el servicio público de conformidad con los principios constitucionales de oportunidad, eficiencia, eficacia y celeridad con que deben prestarse, especialmente cuando de por medio se encuentra la salud de los administrados. En el caso de la amparada, ha esperado por más de cuatro años una intervención quirúrgica que de haberse realizado oportunamente le habría asegurado una mejor calidad de vida y condiciones óptimas para vivir, trabajar y desenvolverse en sociedad... Ante tal situación y los reiterados casos que ha venido conociendo este Tribunal, sin duda alguna se está ante la vulneración del derecho a la salud de las personas que, como la recurrente, no han sido tratadas oportunamente y su salud se ha visto menoscabada. Si bien la Sala también les ha reconocido y comprendido en algunas oportunidades que los diferentes centros de salud carezcan de la capacidad para atender de inmediato a sus pacientes, la situación actual ha trascendido todo margen de proporcionalidad y razonabilidad para la prestación de un servicio de salud, lo que amerita un pronunciamiento que incluso vaya más allá de la resolución del presente caso y restaure la situación de todos los asegurados que están en las diferentes lista de espera. Es por esta razón que, bajo la directriz interpretativa constitucional de lograr la máxima funcionalidad del sistema democrático, esta Sala considera oportuno y necesario generar una directiva constitucional para que en materia de salud se proceda de manera paulatina, pero seria y decidida, a erradicar las listas de espera irrazonables que actualmente exhibe el sistema de seguridad social costarricense. Para ello, deberá la Caja Costarricense de Seguro Social, como entidad rectora en el ámbito de la prestación de los servicios de salud, avocarse de forma inmediata a partir de la notificación de esta sentencia, a realizar los estudios técnicos pertinentes que le permitan elaborar un plan remedial dentro de los doce meses siguientes a la notificación de esta sentencia, que permita reducir las listas de espera que actualmente se encuentran en cada una de las especialidades de los diferentes centros de prestación de servicios sanitarios del país. En dicho plan, además, deben definirse los plazos de espera razonables por patología o grupos relacionados de diagnóstico de acuerdo con la sintomatología, el nivel de urgencia y las condiciones del paciente, así como los criterios objetivos para precisar la inclusión y ubicación de un paciente en las listas de espera. Asimismo, se deberá fijar un cronograma de avance, y las medidas administrativas o técnicas para cumplir con las metas del plan”.

El documento “Una CCSS renovada hacia el 2025. Planeamiento Estratégico Institucional 2007-2012 y Programación de Inversiones”, señala en sus estrategias y lineamientos estratégicos desde la perspectiva de los usuarios, lo siguiente:

“7. Garantizar la seguridad y calidad de todos los servicios de salud y demás prestaciones sociales que brinda la institución. Lineamientos Estratégicos: Establecer tiempos máximos de espera y atención, definidos bajo un modelo de prioridades que garantice a los usuarios la protección del derecho a la vida, bajo condiciones de equidad”.

El aumento en las listas de espera es multifactorial, entre los cuales se pueden señalar:

- Insuficiencia de recurso humano para satisfacer la demanda de servicios.



- Presupuesto Institucional asignado para el hospital de Ciudad Neily, en las diferentes partidas.
- Aumento en la esperanza de vida de los pacientes.
- Ausencia de indicadores de desempeño para optimizar la producción de la jornada ordinaria.
- Mecanismos de priorización de pacientes en lista de espera, con el fin de procurar el equilibrio en las especialidades críticas .
- Inadecuada distribución de tiempos y actividades del personal médico.
- Gestión de cama hospitalaria.
- Inadecuado aprovechamiento de salas de cirugía y su programación.
- Carencia de infraestructura necesaria.

El aumento de la cantidad de pacientes en listas de espera podría generar efectos inmediatos de complicación y deterioro en su estado de salud, lo que impacta directamente en el costo de atención de los usuarios, la capacidad resolutoria del centro asistencial, la imagen institucional y puede exponerla a denuncias en su contra.

### 3. RESPECTO A LA DISTRIBUCIÓN DE TIEMPOS Y ACTIVIDADES DEL PERSONAL MÉDICO.

Se evidenciaron oportunidades de mejora en la programación y utilización del tiempo contratado a los 8 médicos asistentes especialistas del Hospital de Ciudad Neily, al determinarse que, según la programación diaria por médico especialista -para el mes de junio 2018- se dispuso un 29 % (427 horas) disponible para el desarrollo de la actividad quirúrgica (sala de operaciones); un 34 % (492 horas) se utilizaron en actividades no médicas, como incapacidades, permisos (con y sin goce salario), vacaciones, alimentación, capacitación, administración, comisiones, sesiones, Juntas y otros, un 37 % (554 horas) se invirtió en Consulta Externa, procedimientos, interconsultas, atención de emergencias y visita a salones, según se muestra a continuación:

**Cuadro 3.** Programación y utilización de tiempo disponible - médicos especialistas hospital de Ciudad Neily, junio, 2018.

Actividad	Cantidad horas	%	Actividad
Vacaciones	232	15.8 %	
Incapacidades	26	1.8 %	
Alimentación	125	8.5 %	33.9 % No médicas
Permisos	86	5.8 %	
Capacitación, Administración, Comisiones y otros	27	1.8 %	
Sesiones y Juntas Médicas	4	0.3 %	
CE/Visita/Proced/Inter/Emerg <sup>(1)</sup>	554	37.6 %	66.1 %
Sala Operaciones	419	28.5 %	Médicas
<b>Total</b>	<b>1472</b>	<b>100.00%</b>	

<sup>(1)</sup> Consulta Externa, visita hospitalaria, interconsulta, emergencias, procedimientos no quirúrgicos.



Del análisis de la información aportada por el centro médico, se evidenció que más de un 7 % es utilizado en concesión de permisos, capacitación, comisiones y otros (ver anexo 2). En el análisis se consideró la información de 8 médicos asistentes especialistas, distribuidos de la siguiente manera:

**Cuadro 4.** Recurso Médico Especializado evaluado por especialidad  
Hospital de Ciudad Neily, junio 2018

Especialidad	Número de profesionales
Anestesiólogos	2
Ortopedia	1
Cirugía General	1
Oftalmología	1
Urología	1
Ginecología	1
Cirugía Pediátrica	1
<b>Total</b>	<b>8</b>

**Fuente:** Elaboración propia, Datos suministrados por el hospital de Ciudad Neily

En el hospital de Ciudad Neily, existen diferencias en los datos de tiempos asignados a vacaciones y/o permisos de funcionarios, según registros que lleva la jefatura y los que reportan en la Unidad de Gestión de Recursos Humanos.

Al comparar la información suministrada por el centro médico, respecto de las horas destinadas a vacaciones del Dr. Alejandro Sandoval Díaz (117 horas o 13 días), con la información certificada por la MBA. Daysi Montiel Araya, Jefe de la Unidad de Gestión de Recursos Humanos (132 horas o 15 días), se evidenció diferencias en la cantidad de días otorgados, situación que afecta los resultados reflejados respecto de las horas disponibles para cirugía. Similar situación ocurre en el caso del Dr. Presmanes, quien según información suministrada por Recursos Humanos disfrutó de un permiso sin goce de salario de 8 horas, información que no fue considerada por el centro médico a la hora de llenar el instrumento de la metodología sobre disponibilidad, uso y aprovechamiento de recursos disponibles en actividad quirúrgica.

La Política Institucional de Gestión de las Personas señala:

“Lineamiento 1: La CCSS planificará los requerimientos de personal, constituyendo equipos de trabajos equitativos, adecuados y acordes con las necesidades de prestación de servicios de las unidades de trabajo, según su nivel de competencia.”

Las Normas de Control Interno para el Sector Público establecen como objetivos del Sistema de Control Interno, exigir la confiabilidad y oportunidad de la información, indicando en el apartado 1.2, inciso b:

“(…) El SCI debe procurar que se recopile, procese y mantenga información de calidad sobre el funcionamiento del sistema y sobre el desempeño institucional, y que esa información se comuniquen con prontitud a las instancias que la requieran para su gestión, dentro y fuera de la

institución, todo ello de conformidad con las atribuciones y competencias organizacionales y en procura del logro de los objetivos institucionales (...)"

Así mismo, ese cuerpo normativo, en el Capítulo V "Sistemas de Información" establece:

"(...) 5.1. Sistemas de información. El jerarca y los titulares subordinados, según sus competencias, deben disponer los elementos y condiciones necesarias para que, de manera organizada, uniforme, consistente y oportuna se ejecuten las actividades de obtener, procesar, generar y comunicar, en forma eficaz, eficiente y económica, y con apego al bloque de legalidad, la información de la gestión institucional y otra de interés para la consecución de los objetivos institucionales. El conjunto de esos elementos y condiciones con las características y fines indicados, se denomina sistema de información los cuales pueden instaurarse en forma manual, automatizada, o ambas (...)"

La falta de estandarización del registro de información sobre la distribución de actividades, así como, la necesidad de fortalecer el sistema de control interno, a fin de garantizar el aprovechamiento de los recursos disponibles, y la carencia de estudios sobre la oferta y demanda de los servicios, son posibles causas que generan el cumplimiento eficiente de actividades.

El Dr. Isaac Escobar Oriol, Jefe del Servicio de Cirugía del hospital de Ciudad Neily señaló:

"Considero que obedece a un error de información o un error de digitación. Importante aclarar que, si bien la secretaria tramita los permisos y vacaciones, es la Dirección Médica quien las autoriza ... Aclarar que esta información fue elaborada por el Dr. Monge, quien para esa fecha ocupaba la jefatura de Sala de Operaciones; no obstante lo anterior, considero que probablemente esta diferencia obedezca a errores de registro, máxime considerando que en algunas ocasiones, he podido detectar que para el caso específico del Dr. León, existen diferencias en el tiempo que se consigna en las hojas de anestesia, y las que se registra en el ARCA".

Lo evidenciado genera un impacto en la accesibilidad y oportunidad de la atención de pacientes que se encuentran a la espera de un procedimiento quirúrgico. La reducción de jornada de los médicos especialistas afecta la atención oportuna de los usuarios, genera un incremento en la Lista de Espera, y afecta el aprovechamiento de recursos (salas de operaciones y servicio de hospitalización), lo cual podría comprometer la salud de los pacientes que están a la espera de un procedimiento quirúrgico.

#### 4. SOBRE LA GESTIÓN DE CAMA HOSPITALARIA EN EL CENTRO ASISTENCIAL

Se determinó la necesidad de fortalecer la gestión de cama hospitalaria del Hospital de Ciudad Neily, por cuanto, los servicios de Cirugía, Ginecología y Obstetricia registraron para junio 2018 y el año 2017, índices de ocupación que oscilaron entre el 21 % y 40%, mientras que Medicina reportó una ocupación de hasta un 98 % de su capacidad, según se muestra a continuación (anexo 4).

**Cuadro 5.** Distribución y Uso de cama hospital de Ciudad Neily, junio 2018.

DISTRIBUCION Y USO CAMAS (1)					ÍNDICE OCUPACIÓN DE CAMAS	
SERVICIO/ ESPECIALIDAD	No. DE CAMAS	CENSO DIARIO	GIRO DE CAMA Total egresos / # camas (4)	ESTANCIA HOSPITALARIA	PERÍODO	ANUAL
Cirugía general	20	7.50	2.50	4.38	37.50%	38.68%
Ginecología	5	1.07	2.20	2.27	21.33%	29.32%
Obstetricia	11	4.07	5.73	1.83	36.97%	39.23%
Medicina	30	29.43	3.43	8.48	98.11%	96.40%
Pediatría	11	5.67	4.82	3.08	51.52%	70.66%
<b>Total de Camas</b>	<b>77</b>					
<b>PROMEDIO</b>		<b>9.55</b>	<b>3.74</b>	<b>4.01</b>	<b>49.09%</b>	<b>54.86%</b>

**Fuente:** Elaboración propia con base en información obtenida del Sistema ARCA.

La Ley General de Control Interno establece en el apartado III:

Artículo 12. Deberes del jerarca y los titulares subordinados:

- a) Velar por el adecuado desarrollo de la actividad del ente o del órgano a su cargo.
- b) Tomar de inmediato las medidas correctivas, ante cualquier evidencia de desviaciones o irregularidades.

Artículo 13. Ambiente de control

- c) Evaluar el funcionamiento de la estructura organizativa de la institución y tomar las medidas pertinentes para garantizar el cumplimiento de los fines institucionales; todo de conformidad con el ordenamiento jurídico y técnico aplicable.

El Manual normativo del programa Institucional de estándares de salud dirigido a los tres niveles de atención, menciona en su apartado indicadores página 37-38 lo siguiente:

“(…)5. Eficiencia de la atención: Es el grado al cual la atención recibida tiene el efecto deseado con un mínimo de esfuerzo, gasto o desperdicio, según la destreza actual. La eficiencia de la atención está a menudo vinculada a la conveniencia y la efectividad de aspectos de la atención. Por ejemplo, un procedimiento inefectivo (es decir, que no se hizo de la manera correcta) y un procedimiento inconveniente (esto es, se realizó un procedimiento incorrecto) resultará a menudo en un desperdicio de recursos.



6. Expectativas del cliente: El grado al cual los clientes (y sus familias) están involucrados en el proceso de toma de decisiones en aspectos concernientes a su salud y el grado al cual ellos están satisfechos con la atención. Este indicador puede usarse para monitorear y evaluar el compromiso de las organizaciones para ayudar a los clientes y a sus familias, a sobrellevar los aspectos difíciles que rodean a un caso terminal (...).”

El comportamiento con respecto a los índices de ocupación por servicio, están directamente correlacionados a la estancia hospitalaria, donde a mayor cantidad de días se encuentre el usuario utilizando el recurso cama, aumenta el índice de ocupación por servicio, por lo que no necesariamente el hecho de tener un índice de ocupación alto responda a una adecuada gestión.

La eventual existencia de paradigmas donde las camas de un servicio pueden ser utilizadas únicamente por pacientes de determinada especialidad; podrían generar una limitante en la adecuada utilización de los recursos institucionales e impactar de forma negativa en la salud de los usuarios que se encuentran a la espera de una cirugía. A manera de ejemplo, el servicio de Ginecología, Obstetricia y Cirugía General, donde se observa un índice de camas ociosas que podrían ser aprovechadas por otros servicios.

## 5. SOBRE EL APROVECHAMIENTO DE LAS SALAS DE OPERACIONES DEL NOSOCOMIO.

Se evidenció que en el hospital de Ciudad Neily, existen oportunidades de mejora respecto del aprovechamiento de los quirófanos durante las 9 horas laborales, según el siguiente detalle:

1. Se detectó que en algunas fechas no se programa la utilización de salas (13 y 15 de junio, pese a que los dos anesthesiólogos estaban laborando, y para esas fechas había 4 especialistas). Por lo anterior, se tomó como muestra la programación realizada durante la semana del 4 al 8 de junio 2018, y se evidenció que en diferentes ocasiones no se programó del uso de las salas 2, 3, 4, 5 y 6 (anexo 1), o se programó únicamente 2 o 3 horas diarias; además se evidenció choques de horario en la programación, tales como la del 6 de junio, fecha en la cual se programó 2 cirugías para la misma sala y con la misma hora de inicio.
2. Se constató que las salas de operaciones no fueron utilizadas en 691 horas (considerando únicamente 5 salas) durante el mes de junio del 2018, y no siempre se da inicio a las 7:00 am, razón por la cual registró un aprovechamiento del 69 %<sup>3</sup> del tiempo disponible (192.25 h reales disponibles, de las cuales utilizó 133.03 h) (anexo 5 cuadro 4).

Considerando las 691 horas sin utilizar, con un 40% de suspensión de cirugías, y un acto quirúrgico de 1.5 horas aproximadamente (incluyendo tiempos de recambio), se podría haber realizado aproximadamente 24 cirugías  $(691 * .60) / 1.5 = 278.4$

<sup>3</sup> Considerando como tiempo de disponibilidad 9 horas.





La Organización Mundial de la Salud<sup>4</sup>, declaró en artículo sobre Salud y derechos humanos, del 29 de diciembre de 2017, lo siguiente:

“El derecho a la salud incluye el acceso oportuno, aceptable y asequible a servicios de atención de salud de calidad suficiente.”.

La Ley General de Control Interno, establece en su artículo 4, que el sistema de control interno debe garantizar eficiencia y eficacia de las operaciones, para que los recursos sean utilizados de forma óptima a fin de contribuir en el logro de los objetivos.

Las Normas de control interno para el Sector Público señalan en el apartado “Normas sobre actividades de control” lo siguiente:

#### “4.5 Garantía de eficiencia y eficacia de las operaciones

El jerarca y los titulares subordinados, según sus competencias, deben establecer actividades de control que orienten la ejecución eficiente y eficaz de la gestión institucional. Lo anterior, tomando en cuenta, fundamentalmente, el bloque de legalidad, la naturaleza de sus operaciones y los riesgos relevantes a los cuales puedan verse expuestas...”

Los aspectos señalados en los hallazgos 3 y 4 del presente informe, en cuanto a la distribución de actividades, jornadas reducidas y al aprovechamiento de la cama hospitalaria, así como, eventuales debilidades del registro de información en instrumentos como el TUSH, podrían considerarse como causas que generen una utilización del 69 % del tiempo disponible de las salas de operaciones.

El Dr. Erick Castillo Concepción, Coordinador de la Unidad de Atención Oportuna a las Personas (UAOP), del Hospital de Ciudad Neily, indicó a esta auditoría lo siguiente:

“Con respecto a la programación de cirugías en sala de operaciones, se realiza consultando la base de datos del Arca Quirúrgico, y se inicia con programación del paciente más antiguo hacia el más reciente en la lista de espera, esto con una antelación de 6 a 8 semanas de base, todo esto para cada una de las especialidades de capacidad instalada...mi gestión en esta unidad está a cargo desde el día 16/07/2018 y se puede evidenciar que las programaciones han sido constantes y en apego a lo que la normativa y las disposiciones que rigen en esta materia ... Agrego que desde el día 11/03/2019 acudí a una capacitación presencial al hospital Escalante Pradilla, esto con el fin de realizar mejor mis labores y con conocimiento en esta Unidad Técnica de Listas de Espera (UTLE), ya que no contaba con ello”.

El Dr. Isaac Escobar Oriol, Jefe de Cirugía del hospital de Ciudad Neily señaló con respecto al motivo por el cual no se programó el uso de salas lo siguiente:

“Con respecto al uso de las salas, no se ha podido maximizar, debido por un lado a que solo se dispone de 2 anestesiólogos, y únicamente se tiene 2 máquinas de anestesia, por lo que dado

<sup>4</sup> <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/human-rights-and-health>







que se tiene 5 salas, 1 más para emergencias, y otra para salas de parto, hace falta por lo menos 3 máquinas de anestesia más. El año pasado hicimos las gestiones para adquirir una máquina, sin embargo, por ser un equipo de alta complejidad, nos indicaron que solo puede ser adquirido por medio de la DEI.

Es importante recalcar que únicamente contamos con dos máquinas de anestesia y dos anesthesiólogos, por lo que no se puede utilizar la totalidad de las salas.

Con respecto a los días que no se programó la utilización de salas, es probable que obedezca a que ese día en específico, el cirujano que tenía asignada la sala se encontraba ausente, ya sea por vacaciones, incapacitado o con permiso, y dado que son especialistas únicos, no se puede sustituir, máxime considerando que los demás se encuentran dando consulta externa. Ese día los anesthesiólogos quedan sujetos a resolución de cualquier emergencia quirúrgica.

En cuanto a que las salas no se programaron con inicio a las 7 am, obedece a un error a la hora de registrarlo en el sistema, por cuanto si bien el paciente llega a las 7 am y se opera, no obstante, en el sistema, no se registró adecuadamente.

Con respecto a que se programe únicamente 2 o 3 horas diarias, considero que esto es por error de registro de parte de la UTLE, ya que por defecto registran duración de una hora, cuando algunas cirugías requieren más o menos tiempo”

Llama la atención de esta auditoría el hecho de que la programación de salas según lo manifestado por el Dr. Castillo se haga con hasta 6 semanas de antelación, y que no se haya considerado en la misma los días 13 y 15 de junio, situación que contradice lo señalado por el Dr. Escobar, respecto de la imposibilidad de sustituir al galeno para esas fechas, considerando que habían otros especialistas disponibles a quienes pudo haberseles programado cirugía, y haberse suspendido -en caso de que correspondiera- la consulta externa.

La subutilización de la infraestructura en lo relativo a Salas de Operaciones, afecta de manera directa el costo de operación, además incide en la prestación del servicio que requiere el paciente quirúrgico, quien por su estado de salud necesita de atención oportuna.

Así mismo, el tiempo subutilizado pudo ser aprovechado en la atención de 24 usuarios aproximadamente, considerando para tales efectos las 59 horas subutilizadas, una suspensión de cirugías del 40 %, y una duración de 1.5 horas por procedimiento quirúrgico de acuerdo con el acto anestésico, así como tiempos de recambio.

## 6. DE LA SUSPENSIÓN DE CIRUGÍAS

De conformidad con lo señalado en el oficio JSOP.192-2018 del 9 de agosto 2018, suscrito por el Dr. Allen Monge Salas, Jefe de Sala de Operaciones a esa fecha, y dirigido al Dr. William Martínez Abarca, Director General del hospital de Ciudad Neily, se evidencia que para el mes de junio 2018, la especialidad con mayor número de suspensiones fue la de Oftalmología (38 %), seguida por la de Cirugía General (35 %) (anexo 9).



Del análisis de la información se evidenció que el 26% de las cirugías suspendidas, responden a motivos que deberían ser controlables por parte del centro médico, además, se evidenció que el informe es omiso al detallar las causas por las cuales se suspende cirugías, por cuanto únicamente causas administrativas o falta de cirujano, según se muestra a continuación:

**Cuadro 6**  
**De las cirugías suspendidas**  
**Hospital de Ciudad Neily al mes de junio 20108**

Fecha	Identificación	Cx. Propuesta	Motivo de suspensión	Especialidad
11/6/2018	601800079	BTRP	Faltan exámenes	Urología
13/6/2018	701340792	Retiro catéter doble j	Otra-Administrativo	Urología
15/6/2018	106500228	Resección granuloma	Otra-Se suspende por causas administrativas	Oftalmología
15/6/2018	2640089578	Catarata	Otra-Se suspende por causas administrativas	Oftalmología
21/6/2018	302160107	Catarata	Faltan exámenes	Oftalmología
21/6/2018	203130212	Lipoma dorsal	Falta cirujano	Cx. General
22/6/2018	600990348	Catarata	Falta Valoración Preoperatoria	Oftalmología

Asimismo, se evidenció un subregistro en el reporte de cirugías suspendidas, debido a que los casos de pacientes hospitalizados a quienes se les suspende la cirugía no son registradas en el reporte correspondiente.

La Política Institucional de Calidad y Seguridad del Paciente, señala en el lineamiento 5 de Cirugía Segura Salva Vidas, lo siguiente:

“Estrategia 5.1 Evaluación integral del paciente previo a cada procedimiento quirúrgico, en caso de cirugía electiva y, de acuerdo con la condición nosológica de cada paciente en Urgencia.

Resultados esperados

- ✓ Procedimientos de valoración en Consulta Externa y Hospitalización debidamente supervisados por médicos capacitados.
- ✓ Información completa y reportes de exámenes de laboratorio presentes en el expediente médico del paciente.
- ✓ Pacientes admitidos a sala, debidamente identificados.
- ✓ Consentimiento informado realizado y explicado por el médico tratante y firmado por el paciente.
- ✓ Evaluación preanestésica, realizada a todo paciente que va a ser sometido a algún procedimiento quirúrgico.
- ✓ Pacientes debidamente preparados por enfermería antes de ser llevados a sala.
- ✓ Pacientes con cuidado post operatorio pertinente”.

El Dr. Isaac Escobar Oriol, Jefe del Servicio de Cirugía señaló:





“A partir del 2 de enero asumí el puesto, producto de una reunión con conjunto con el Dr. Vega, de la Dirección Regional de Servicios de Salud, el Dr. Martínez de la Dirección Médica del centro hospitalario, y el personal de cirugía, en la cual se puso de manifiesto problemas de clima organizacional con la anterior jefatura... A partir de que asumí la jefatura, he procurado que se ordene y mejore la gestión ... se han impulsado acciones para disminuir las suspensiones de salas, las cuales sobre todo en el servicio de Oftalmología son muy altas (aproximadamente un 40% mensual). La idea es que ya para el mes de marzo el servicio esté funcionando como corresponde.

Adicionalmente, dentro de los cambios realizados, se creó una Comisión de suspensión de cirugías, la cual está conformada por el Cardiólogo, el Internista, un anestesiólogo, un médico especialista y el coordinador de salas. Se va a corregir el reporte de suspensiones de cirugías, el cual hasta la fecha no incluía las suspensiones de pacientes hospitalizados, los cuales muchas veces ni siquiera llegan a salón... aunque sí se consigna esta situación en el expediente personal del usuario”.

Con respecto al motivo por el cual se suspenden cirugías por falta de preoperatorios, el Dr. Escobar Oriol indicó:

“La mayoría de estos pacientes son referidos de otro centro hospitalario, en donde no hay una correcta coordinación para su valoración pre quirúrgica, provocando que el paciente llegue a cirugía ambulatoria sin su valoración previa, además, sin incluso sus charlas de educación. En este momento, se está corrigiendo esta situación, actualmente ocurre con menos frecuencia”.

El Dr. William Martínez Abarca, Director General del hospital de Ciudad Neily señaló al respecto:

“Específicamente el día 15 de junio del 2018, revisando los informes, encontramos que el programa quirúrgico de dicho día pertenece a la especialidad de oftalmología, las razones administrativas de la suspensión fue que solo ingresaron 2 pacientes, no completando ni el 50 por ciento de lo programado, por lo que la jefatura en dicho día suspende el programa quirúrgico ya que no se completa el tush institucional de 5 horas. Los pacientes se programan para la siguiente semana. El día 14 de junio 2018, el programa a cargo por cx general se suspende, por razones judiciales, donde el cirujano tenía citatorio a la fiscalía”.

Esta situación incide directamente en la resolución de la lista de espera, en contradicción con los principios basados en la necesidad del paciente, en procura de la búsqueda de equidad y acceso a los servicios de salud, pudiendo impactar en su calidad de vida, máxime en un sistema donde los recursos son escasos y limitados, ante necesidades cada vez más crecientes.

Aunado a lo anterior, el hecho de que se esté suspendiendo cirugías por aspectos predecibles, expone a la institución a posibles demandas por parte de los usuarios, máxime considerando el alto costo que representa para la institución, tanto económicamente, en la imagen institucional, y en la calidad de vida de los usuarios, además le genera un stress al usuario.

A manera de ejemplo, el caso del usuaria ADU, cédula 301460969, a quien se le ha suspendido 3 veces la cirugía. Según oficio JSOP.041-2019, suscrito el 8 de febrero 2019 por el Dr. Escobar, a la paciente se le

suspendió la primera vez el 23-11-2018 por presentar cuadro de crisis hipertensiva; posteriormente el 6-12-18 se suspende cirugía por descompensación de presión arterial más ansiedad, y finalmente el 7-2-19 debido a que se presenta una cirugía de emergencia oftalmológica. A la fecha de este oficio, no se la ha reprogramado la cirugía.

## 7. SOBRE EL APROVECHAMIENTO DE LOS TIEMPOS DESTINADOS A ACTIVIDADES QUIRURGICAS

Al comparar las horas disponibles para cirugía, versus las realmente empleadas, se evidenció que, durante el acto quirúrgico completo, los cirujanos aprovecharon entre el 50 % y 80 % del tiempo destinado, siendo que en términos generales la utilización ascendió al 64 %, siendo el Dr. Sandoval Díaz, cirujano pediátrico el que presenta menor aprovechamiento de sala (50 %), seguido por el Dr. Marco Rivera Figueroa, Oftalmólogo (57 %) (ver detalle en anexo 6).

**Cuadro 8.** Aprovechamiento de tiempo destinado a Actividad quirúrgica hospital de Ciudad Neily, junio 2018.

Profesional Médico	Especialidad	Total Horas Disponibles	Total Horas utilizadas
Alejandro Sandoval Día	Cx. Pediátrica	34	17.1
Alexander Álvarez González	Ginecología	25	17.8
Allen Monge Salas	Urología	28	17.9
Carlos Bolaños Infante	Cx. General	32	25.6
Marco Rivera Figueroa	Oftalmología	57	32.7
Rodrigo Martínez Mesén	Ortopedia	31	21.9
Horas Totales		207	133

Llama la atención el caso del Dr. Rivera Figueroa Oftalmólogo, quien tiene un promedio de duración de cirugía de 1 hora 55 minutos, esto pese a que en este centro médico no se realizan procedimientos que en principio sean complejos.

Esta situación es preocupante, sobre todo al considerar que las listas de espera que se tiene en esta especialidad es la que ocupa el primer lugar en el hospital, tanto en Consulta Externa como en actividad quirúrgica.

En cuanto a los médicos anestesiólogos se reportó para ese mismo mes, una utilización del 70 % del tiempo en tareas relacionadas con la realización de cirugías (anexo 7).

Sobre este particular, la Ley General de Control Interno, establece en el artículo 12, lo siguiente:

“Artículo 12. —Deberes del jerarca y de los titulares subordinados en el sistema de control interno. En materia de control interno, al jerarca y los titulares subordinados les corresponderá cumplir, entre otros, los siguientes deberes:



- a) Velar por el adecuado desarrollo de la actividad del ente o del órgano a su cargo.
- b) Tomar de inmediato las medidas correctivas, ante cualquier evidencia de desviaciones o irregularidades.”

El Reglamento del funcionamiento de la Unidad Técnica de Listas de Espera, señala:

Artículo 11.- Registro de pacientes en espera Será obligatorio el levantamiento y actualización del listado de pacientes en espera de cirugía electiva, consulta externa especializada y procedimientos de las especialidades críticas. Deberá hacerse bajo los parámetros que sean definidos por la Unidad Técnica de las Listas de Espera para su administración y verificación. Las solicitudes sobre el estado de listas de espera de los centros médicos que estén incorporados en la estrategia se harán directamente a la Unidad Técnica de Listas de Espera, en el entendido que el centro médico de interés participa activamente del proceso continuo de actualización de información. Para lograr lo anterior, la Gerencia División Médica y la Gerencia División Administrativa proveerán a la Unidad Técnica de las Listas de Espera y los centros médicos incorporados en la estrategia de los recursos de hardware y software que sean necesarios para generar una red de información y el programa de actualización.

La Guía de ingreso, resolución y depuración de listas de espera para procedimientos médicos y quirúrgicos, señala:

“2. Responsables de la Gestión de la Lista de Espera: 2.2 Director Médico del establecimiento de salud:

f) fiscalizar la adecuada gestión de los recursos institucionales con los que cuenta la unidad, tales como equipos médicos, infraestructura, sala de operaciones, salas de hemo dinámica, salas de endoscopias, materiales y suministros, etc.; y otros que fueren asignados para la atención de listas de espera.

g) Garantizar la confiabilidad, veracidad y normalización de los flujos de información sobre listas de espera, tanto a nivel interno como hacia lo externo

Jefatura de Servicio:

a) Velar por el cumplimiento y divulgación de la normativa emanada en materia de listas de espera, dentro del servicio, incluyendo los criterios de inclusión que se desarrollarán más adelante en esta Guía.

g) Garantizar la confiabilidad, veracidad y normalización de los flujos de información sobre listas de espera, tanto a nivel interno como hacia lo externo del servicio.

Personal de Registros Médicos y Estadísticas en Salud (REMES) y/o secretarías y/o oficinistas:

d) Llevar un adecuado seguimiento de los pacientes incluidos en lista de espera y del mantenimiento actualizado en la base de datos o sistema de información oficial en el centro de salud, de los datos que se sean suministrados por el médico que atiende al paciente, mediante medio idóneo definido por el grupo gestor”.

El Dr. Isaac Escobar Oriol, Jefe de Sala de Operaciones del hospital de Ciudad Neily, manifestó lo siguiente:

“Con respecto al uso de las salas, no se ha podido maximizar, debido por un lado a que solo se dispone de 2 anestesiólogos, y únicamente se tiene 2 máquinas de anestesia, por lo que, dado que se tiene 5 salas, 1 más para emergencias, y otra para salas de parto, hace falta por lo menos 3 máquinas de anestesia más. El año pasado hicimos las gestiones para adquirir una máquina, sin embargo, por ser un equipo de alta complejidad, nos indicaron que solo puede ser adquirido por medio de la DEI”.

El Dr. Escobar Oriol indicó que con respecto a los porcentajes de aprovechamiento de la jornada contratada, lo siguiente: “considero que esto obedece a una inadecuada planificación y registro de la información”.

La distribución de actividades realizada a los especialistas (aspecto abordado en el hallazgo 3 del presente informe), la infraestructura disponible en el establecimiento de salud y la disponibilidad de anestesiólogos; son elementos que impactan en el aprovechamiento del tiempo por parte de los médicos especialistas; aunado a lo anterior, los problemas en el registro de los datos, afectan directamente el aprovechamiento del uso de sala de los profesionales en salud.

Lo descrito en el presente hallazgo impacta en la oportunidad de la atención de usuarios, que conforman las listas de espera, incluso podría aumentar el riesgo de complicaciones en el estado de salud de los asegurados, quienes se encuentran a la espera de un procedimiento quirúrgico para abordar determinada patología.

## 8. DE LA INFRAESTRUCTURA EN SALA DE OPERACIONES

Del recorrido realizado el 5 de febrero 2019 por Sala de Operaciones, se evidenció el funcionamiento de 2 de 6 quirófanos, ya que disponen únicamente de 2 máquinas de anestesia, y 2 anestesiólogos, y se evidenciaron las siguientes situaciones:

- Salas 1, 3, y 4, sin máquinas de anestesia.
- Sala 6 actualmente es utilizada como sala de diálisis.
- Salas 3 y 4 sin camilla quirúrgica, son utilizadas como bodega (foto 1).
- La mesa de operaciones de la sala 5 se encuentra en mal estado (foto 3).
- La ropa verde, se encuentra almacenada en diferentes aposentos ubicados tanto en sala de descanso de hombres como de mujeres, sin que reúnan las condiciones de asepsia requeridas, máxime considerando que están contiguo al área de descanso de mujeres, y el otro junto a la mesa de comer de los médicos (foto 2).
- El área de almacenamiento de ropa estéril se utiliza como cuarto para realizar biopsias trans rectales por parte del Dr. Monge – Urólogo; además esta área se encuentra separada del cuarto de aseo por una puerta de madera que tiene una luz de aproximadamente 2 cm en la parte superior (foto 4).
- Activos oxidados en sala de operaciones, tales como braceras de mesas de operaciones, bancos giratorios, cilindros, entre otros (fotos 5 y 6).
- Muebles de madera donde se desinfectan los equipos y se guarda la ropa verde, así como presencia de trapos verdes, como posible foco de infección (foto 7).



- Gabinetes de madera para el manejo de material estéril en cirugía: ropa, materiales de sutura, aspiración, entre otros (foto 7).
- Orificios en las paredes y las puertas se encuentran en mal estado, con lo que se crean focos de infección (fotos 8 y 9).
- En la sala séptica se observa equipo electrobisturí sellador basculador placa 520120 oxidado, y una manguera colgando en el dispensador de papel contiguo a la pila de lavado, lo que podría convertirse en un foco de infección, además de trapos verde (foto 10).
- La salida de emergencias de sala de cirugías -que se encuentran en el segundo piso- inicia con rampa pero continúa con escaleras (foto 11).
- En sala de descanso de médicos y enfermeros, se encontró artículos de uso personal en el mismo, tales como televisor, refrigeradora, coffemaker, chorreador de café y microondas, un sistema de cable-antena -SKY, además de un televisor institucional placa 1069315. Específicamente, en la sala de descanso médicos se encuentra la pantalla con la placa 1069315, una refrigeradora con placa 313734 para guardar medicamentos y otra refrigeradora pequeña de uso personal, pero sin placa, así como un microondas sin placa. En la sala de descanso de enfermería son 2 pantallas sin número de placa (fotos 12 y 13).
- Columnas dañadas (foto 14).
- Equipo que debe ser esterilizado se le hacen inmersiones y no son esterilizados adecuadamente.

La Dra. Margarita Mejías manifestó: “este procedimiento lo hacemos mediante inmersiones a solicitud del especialista, aunque sabemos que es un equipo que en realidad debe ser esterilizado”.



Foto 1. Salas de Cirugía utilizadas como bodega



Foto 2. Almacenamiento inadecuado de Ropa Estéril





Foto 3. Mesa de operaciones sala 5 en mal estado

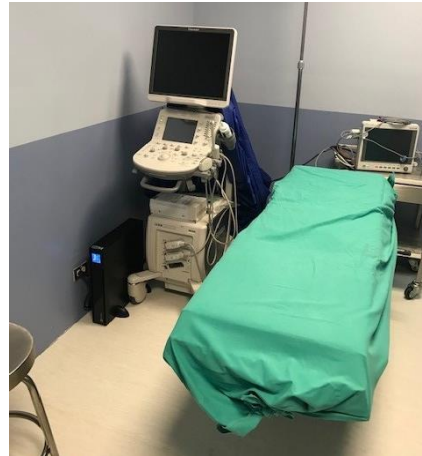


Foto 4. Área Almacenamiento de Ropa Estéril utilizada para biopsias transrectales



Foto 5. Activos oxidados



Foto 6. Activos oxidados



Foto 7. Gabinetes de madera



Foto 8. Orificios en paredes



Foto 9. Puertas en mal estado

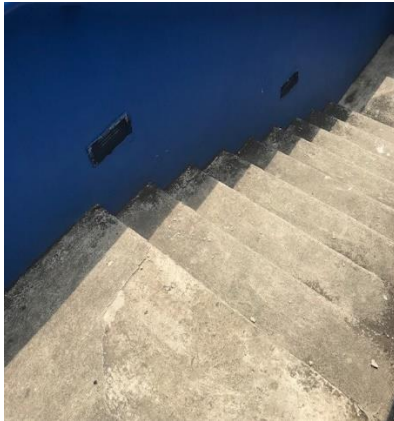


Foto 10. Sala Séptica



Foto 11. Salida de emergencias



Foto 12. Artículos de uso personal en sala descanso



Foto 13. Equipo antena de Sky

Foto 14. Columnas dañadas

La Ley de Derechos y Deberes de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud Públicos y Privados, establece en su Artículo 2-Derechos, inciso I:

“Recibir atención en un ambiente limpio, seguro y cómodo”.



La Política Institucional de Calidad y Seguridad del Paciente, señala:

“Estrategia: 5.2. Garantizar los estándares de seguridad establecidos para realizar procedimientos Quirúrgicos. Resultados esperados

✓ Equipo e instrumental quirúrgico y sala de operaciones, en condiciones óptimas para realizar la cirugía.

✓ Sala de operaciones, con personal idóneo y la protección necesaria y adecuada para la cirugía.

✓ Técnicas de asepsia medico quirúrgicas, se cumplen en todas las salas de operaciones antes de la cirugía.

✓ Eventos adversos, detectados antes de que ocurran y efectos del error clínico minimizados”.

El Reglamento General de Hospital Nacionales menciona en relación con la Mantenimiento lo siguiente:

“Artículo 224 (...) en cada hospital deberá existir una dependencia encargada del mantenimiento correctivo y preventivo de las construcciones, áreas circundantes, instalaciones, mobiliario y equipos del establecimiento (...).

Artículo 228 (...) establecer un programa de inspecciones periódicas y rutinarias de construcciones, instalaciones, mobiliarios y equipos del establecimiento y evaluar el cumplimiento del mismo”.

Mediante oficio D.J.-2135-2013, del 2 de abril 2013, suscrito por la Licda. Mariana Ovares Aguilar, Jefe a.i. del Área de Gestión Técnica y Asistencia Jurídica, y la Licda. Lilliana Caamaño Bolaños, Abogada, ambas de la Dirección Jurídica, indicaron a la Dra. María Eugenia Villalta Bonilla, Gerente Médica que:

“...Con fundamento en lo anterior, se arriba a las siguientes conclusiones:

1. La circular No. 011853 del 26 de marzo de 2003 emitida por la propia Gerencia Médica señala que no existe normativa que establezca la posibilidad de que los médicos y paramédicos en guardia médica ni en la jornada ordinaria puedan dormir en su horario de trabajo (...)
3. Con respecto al tema de uso de televisores, los mismos solo serán utilizados y comprados para las instalaciones de la Caja, para uso exclusivo de los pacientes o público en general, según las Normas Técnicas que Regulan el Sistema de Administración Financiera de la CCSS, artículo 4.5.4, Máquinas y Equipos.
4. Con respecto a la utilización de microondas particulares, propiedad de los funcionarios dentro de la Institución para el calentamiento de sus alimentos, deviene improcedente toda vez que es una obligación de la propia Institución habilitar áreas y equipos para el consumo de alimentos de acuerdo a lo establecido en el artículo 52 de la Normativa de Relaciones Laborales de Octubre 2010 (...).”.

Las Medidas para mejor optimización de los recursos 2013-2014, señalan en el punto III- Disposiciones sobre gastos de operación, subpunto i) Ahorro energético y otros rubros: “Continuar los esfuerzos que propicien las políticas ya establecidas referentes al ahorro energético, consumo de agua y combustible...”.



El Dr. Isaac Escobar Oriol, Jefe de Sala de Operaciones del hospital De Ciudad Neily indicó:

“Muchas de estas situaciones se presentan debido a la antigüedad de los equipos, generando corrosión. Importante aclarar que ya se encuentran en proceso de reposición.

Con respecto a las puertas en mal estado y los orificios, se han hecho las boletas respectivas a mantenimiento, para su reparación, estamos a la espera”.

Con respecto a la ropa verde, agregó:

“Debido a que el espacio que inicialmente se designó para el almacenamiento de esta ropa fue utilizado para realizar las biopsias trans rectales, como parte del proyecto de fortalecimiento contra el cáncer, el área donde se almacenaba la ropa verde debió ser reubicada, y dado que no se tiene otro espacio para su almacenamiento, se optó por guardarla en estos aposentos.

Importante aclarar que el riesgo de infección nosocomial es muy bajo en sala de operaciones, a pesar de que la ropa no esté en un solo sitio, y que hayan diferentes activos en no muy buen estado”.

Con respecto a los equipos de uso personal, manifestó:

“Aclarar que los televisores y las refrigeradoras son institucionales, y que actualmente no hay SKY, si bien la antena está aún en el centro hospitalario, no está conectada. Se velará porque se cumpla lo que establece la normativa.

El televisor únicamente se utiliza a medio día para ver noticias. Con respecto al coffemaker y chorreador de café, se tomarán las acciones pertinentes”.

De la revisión del informe de supervisión de enfermería realizada el 28 de febrero 2018 del hospital de Ciudad Neily, el cual es emitido por la Dra. Carmen Loaiza Madríz, Jefe de la Coordinación Nacional de Enfermería, Dra. Shirley Ramírez Moya y Dra. María Elena Artavia Mora, ambas asistentes de la Coordinación Nacional de Enfermería, se observa que algunos de los aspectos antes señalados, ya habían sido hechos del conocimiento del personal del hospital, según se detalla:

- El área de vestidores, baños y estar no cumple con lo establecido por infecciones intrahospitalarias. En esta zona están los muebles de resguardo de ropa verde para uso de personal.
- En arsenal quirúrgico la sala cuenta con área de lavado de instrumental y empaque, no obstante, se debe gestionar cambio de mueble por acero inoxidable o material que pueda ser de fácil desinfección o limpieza.
- Existencia de mueble de madera para el almacenaje y resguardo de insumos, mismos que están rosando a techo. Se observa refrigerador para el personal.

Mediante oficio DG.0240-03-2016 suscrito el 14 de marzo 2016 por el Dr. William Martínez Abarca, Director General del hospital de Ciudad Nely, remite al Dr. Allen Monge Salas, Jefe de sala de operaciones a esa fecha,

AI-ATIC-F001 (Versión 1.0) - Página 26 de 42

---

San José, Costa Rica. Ave. 2da, calles 5 y 7. Teléfono 2539-0821, Fax 2539-0888



*“Garantiza la autoría e integridad de los documentos digitales y la equivalencia jurídica de la firma manuscrita”*





las normas que regulan el uso y permanencia del cuarto de descanso en el Área Quirúrgica del hospital. En este oficio detalla lo siguiente:

“Capítulo III De la Permanencia del personal médico y técnico en el Área de Descanso: Considerando que el personal asignado a sala de operaciones debe permanecer en esta área con ropa estéril (verde), y que debemos disminuir el lavado de ropa innecesario a su mínima expresión, se define los tiempos de utilización de esta área y de los insumos que en ella se encuentran. Debe considerarse además que no siempre los actos quirúrgicos le permiten a nuestro personal ajustarse a los tiempos de alimentación establecidos entre el proveedor del servicio y la Institución. El personal médico y técnico podrá permanecer en esta área y consumir alimentos ya preparados en las horas asignadas para la alimentación según los horarios establecidos, de igual manera lo podrá hacer en los tiempos que el personal de enfermería prepara la sala para el siguiente procedimiento.

Capítulo IV Del uso del Mobiliario y Pantalla de Televisión: ... Si bien es cierto la función primordial de la pantalla es de carácter informativo, podrá ser utilizada como televisión por el personal durante los períodos de alimentación establecidos institucionalmente y durante los períodos comprendidos entre la finalización y el inicio de la siguiente cirugía”.

Lo antes descrito refleja debilidades en los procesos de supervisión y control por parte de las Jefaturas de Servicio, Sección, Enfermería, encargados de mantenimiento y servicios generales, quienes no han garantizado el óptimo funcionamiento y cuidado de los activos institucionales, planta física e insumos, la seguridad del paciente y del personal asistencial.

Las condiciones actuales de infraestructura, equipo y recurso humano en el área de hospitalización y sala de operaciones, limita la prestación de los servicios, además las condiciones de infraestructura podrían comprometer la comodidad y la bioseguridad del usuario externo e interno, con los consecuentes riesgos asociados al proceso de atención, tratamiento y recuperación, así como aquellas complicaciones que puedan presentarse por la permanencia en ambientes como los señalados, o ante una eventual emergencia.

La existencia de cuartos dispuestos para uso de los profesionales en ciencias de la salud en las instalaciones de la CCSS -sean Hospitales, Clínicas o Áreas de Salud, entre otros-; podría generar que su utilización no sea la adecuada en la jornada ordinaria y extraordinaria, lo anterior, en razón de que son usados para descanso dentro de la jornada contratada, posibilitando irregularidades en el cumplimiento de los deberes asignados, afectando el servicio que se brinda al usuario y/o también ocasionando el detrimento de la imagen institucional, lo anterior en la demanda de una atención eficiente y eficaz, y considerando que las autoridades institucionales han girado instrucciones precisas en torno a este tema.

De igual forma, la improvisación de instalaciones eléctricas sin supervisión alguna, podría conllevar a la sobrecarga de la red eléctrica, y con ello ocasionar conatos de incendio, situando en riesgo la estructura del hospital, como también a los usuarios internos y externos, además, del incremento en el gasto de la energía.

Por otra parte, la falta de controles evidenciada en cuanto al ingreso de artículos eléctricos a las instalaciones, conlleva al detrimento de la seguridad implementada a nivel del hospital y, por ende, posibilitar la sustracción del patrimonio institucional.



## CONCLUSIONES

Con la aprobación del acuerdo de la Junta Directiva en la sesión 8949, del 21 de setiembre del 2017, los diferentes establecimientos de salud deben aplicar la metodología para determinar la disponibilidad, uso y aprovechamiento de los recursos en la actividad quirúrgica, siendo que, la presentación de los resultados de ese marco de trabajo, fundamentará la aprobación de las jornadas de producción quirúrgicas y se determinará su capacidad para la atención de la lista de espera.

Este aspecto representa un insumo para la toma de decisiones, y el establecimiento de acciones correctivas en el corto y mediano plazo, situaciones que deberían impactar en las listas de espera y en la accesibilidad de los usuarios del seguro de salud. En tal sentido, la institución debe disponer no solo de los mecanismos y sistemas para determinar la capacidad resolutive, sino también robustecer la gestión administrativa de la actividad quirúrgica, y con ello emprender acciones para solventar las falencias de infraestructura, materiales, recursos humanos y gestión de los servicios.

La presente evaluación se orientó a realizar un análisis de distribución de los tiempos utilizados por los médicos especialistas en su jornada ordinaria (cuadro 1), determinar la existencia de equipos quirúrgicos suficientes para garantizar la operación de los quirófanos (cuadro 2), disponibilidad de cama (cuadro 3), uso de la infraestructura disponible (salas de operaciones cuadro 4), aprovechamiento de los tiempos asignados para actividades quirúrgicas (cuadros 5 y 6), y el impacto que ocasiona la gestión de los recursos en las listas de espera del centro asistencial (cuadro 7).

Por lo anterior y considerando la demanda poblacional en términos de atención quirúrgica, así como la capacidad resolutive actual del sistema de seguridad social en esta área, es que se considera de suma importancia la implementación del plan de mejora en el hospital de Ciudad Neily, como instrumento en la búsqueda de la optimización del tiempo de uso de salas de operaciones.

En relación con la distribución de tiempos y actividades de los médicos especialistas, se determinó que -según la programación diaria por médico especialista- para el mes de junio 2018 se dispuso de un 29 % (427 horas) para el desarrollo de la actividad quirúrgica (sala de operaciones); un 34 % (492 horas) se utilizaron en actividades no médicas, como incapacidades, permisos (con y sin goce salario), vacaciones, alimentación, capacitación, administración, comisiones, sesiones, Juntas y otros, un 37 % (554 horas) se invirtió en Consulta Externa, procedimientos, interconsultas, atención de emergencias y visita a salones, siendo necesario realizar un análisis sobre la distribución de los tiempos asignados, a efectos de determinar si la misma se ajusta a las necesidades reales del centro médico.

Aunado a lo anterior, se evidenció que actualmente el centro médico tiene la capacidad de conformar 3 equipos quirúrgicos completos, situación que, según la disponibilidad de 2 salas quirúrgicas, se considera razonable, puesto que existe una relación de 1.5 equipos quirúrgicos por cada quirófano. En virtud de lo anterior, el centro asistencial dispone del personal para garantizar la funcionalidad de los dos quirófanos durante la jornada ordinaria (lunes a jueves de 7:00 a.m. – 4:00 p.m. y viernes de 7:00 a.m. – 3:00 p.m.); no obstante, en el momento en que se habiliten las 6 salas quirúrgicas, la relación pasa a ser 0.5, por lo que se deben emprender acciones para disponer de equipos quirúrgicos completos.





El establecimiento de mecanismos de control interno orientados a maximizar la utilización de los recursos disponibles en el nosocomio, como métricas estandarizadas, estudios de oferta y demanda, entre otros elementos, permite a la administración activa, garantizar el cumplimiento de actividades según lo planificado, así como el direccionamiento según objetivos, para generar un impacto sustancial en la atención de la lista de espera quirúrgica.

Respecto a la gestión de cama hospitalaria, se evidenció, que para el mes de junio 2018, la ocupación registrada fue del 49 % promedio, siendo el servicio de Medicina el que tenía mayor cantidad de pacientes en internamiento con un 98 %, mientras que Ginecología y Obstetricia reportaron una ocupación del 21 % y 37 %, por lo tanto, para ese periodo el centro médico disponía de la capacidad para hospitalizar más pacientes.

Situación similar se presenta con el aprovechamiento de los quirófanos, por cuanto, según el instrumento Tiempo de Utilización Sala Hospitalaria (TUSH), las salas de operación se utilizaron 133.03 h de 192.25 h disponibles, es decir, la ocupación de las salas fue del 69 % del tiempo total disponible, periodo en el que se realizaron 95 cirugías; además, se estima que la duración promedio de las cirugías fue de 84 minutos, por lo tanto, considerando un tiempo de recambio de 15 minutos entre cada acto quirúrgico, esas salas podrían haberse utilizado en la atención de 30 usuarios aproximadamente.

Los Médicos Especialistas registraron para ese periodo un aprovechamiento promedio del 64%, con indicadores de producción individual que oscilan entre el 50 % y el 80 % de uso del tiempo destinado al acto quirúrgico, además cabe señalar que esos porcentajes no consideran los tiempos relacionados con actividades peri operatorias, lo cual podría incrementar el aprovechamiento registrado. En cuanto a los médicos anestesiólogos se reportó para ese mismo mes una utilización del 70 % del tiempo en tareas relacionadas con la realización de operaciones.

En relación con la Lista de Espera, para el mes de junio se reportó un incremento del 10.7 %, sin embargo, al analizar los ingresos versus egresos para ese periodo, se constató que la demanda superó la oferta de servicios médico-quirúrgicos en un 6 %, situación que se ve generada por los elementos antes señalados, respecto a la imposibilidad de maximizar la infraestructura disponible y el aprovechamiento de los tiempos contratados.

En virtud de lo anterior, se determina que en el Hospital de Ciudad Neily se dispone de infraestructura, personal de enfermería y médicos asistentes especialistas para incrementar la producción quirúrgica, e intentar equiparar la demanda de servicios por parte de la población usuaria con la oferta, no obstante, es necesario que se realice un análisis a efectos de determinar la cantidad de Anestesiólogos y Equipo de Anestesia, que se requieren para impactar en las listas de espera y generar, eventualmente, un equilibrio entre la oferta y demanda.

Las condiciones actuales de infraestructura en el área de hospitalización y sala de operaciones, limita la prestación de los servicios, dado que podrían comprometer la comodidad y la bioseguridad del usuario externo e interno, con los consecuentes riesgos asociados al proceso de atención, tratamiento y recuperación,





así como aquellas complicaciones que puedan presentarse por la permanencia en ambientes como los señalados, o ante una eventual emergencia.

De conformidad con lo anterior, esta Auditoria ha emitido recomendaciones orientadas a que en el establecimiento de salud se implemente un plan de mejora, que permita atender los aspectos señalados en el presente informe, no solo para maximizar el uso de los recursos disponibles, sino también para que se establezcan estrategias para atender a los pacientes en espera.

## RECOMENDACIONES

### AL DR. MARIO RUIZ CUBILLO, GERENTE MÉDICO A.I., O A QUIEN EN SU LUGAR OCUPE EL CARGO.

1. Emita un recordatorio a las Unidades adscritas a esa Dirección Regional sobre la prohibición de utilizar enceres privados dentro de las instalaciones (televisores, hornos de microondas, sistemas de televisión por cable, etc.); así como lo referente al cumplimiento de la normativa en la utilización de “cuartos de descanso” para los médicos, técnico u otros; lo anterior considerando lo señalado en la circular de la Dirección Jurídica D.J.-2135-2013. Plazo de cumplimiento: **2 meses**.

### AL DR. LUIS CARLOS VEGA MARTÍNEZ, DIRECTOR DE RED INTEGRAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD BRUNCA, O A QUIEN EN SU LUGAR OCUPE EL CARGO.

2. Considerando los resultados obtenidos en el presente estudio, y en concordancia con la metodología avalada por Junta Directiva en la Sesión N° 8949 de diciembre 2017, en coordinación con los titulares del Hospital de Ciudad Neily, desarrollar un plan de mejora a mediano plazo (cuadro número 18 de la metodología aprobada), orientado a fortalecer los siguientes aspectos:
  - a. El uso continuo y sostenible de la herramienta como elemento de apoyo importante en la gestión gerencial.
  - b. Presentación de la evaluación y estado de implementación de los planes de mejora correspondientes.
  - c. Solicite a las instancias técnicas correspondientes realizar un diagnóstico situacional, a fin de que, conforme a las posibilidades institucionales en lo que corresponde a presupuesto e infraestructura, se mejoren las condiciones que presentan las salas de operaciones (para lo anterior considerar la cantidad de quirófanos requeridos, espacios de recuperación, equipamiento e insumos).
  - d. En vista de que el centro de salud dispone de 6 quirófanos y se cuenta únicamente con 2 equipos quirúrgicos, con fundamento en un estudio técnico – factibilidad - dotar de los recursos necesarios para lograr un aprovechamiento óptimo de los quirófanos y por ende un impacto positivo de la lista de espera. En este sentido, se logre fortalecer la red de servicio.



- e. Solicite a las instancias técnicas correspondientes realizar un análisis, sobre la validez de las justificaciones utilizadas para suspensión de cirugías, así como los tiempos de duración de los actos quirúrgicos realizados en ese centro asistencial.

Para el cumplimiento de esta recomendación, **en el plazo de 12 meses posteriores al recibo del presente informe**, esa Dirección deberá remitir a la Auditoría Interna, el documento donde conste las acciones y/o gestiones debidamente documentadas, así como sus conclusiones y resolución en relación con lo solicitado.

**AL DR. WILLIAM MARTÍNEZ ABARCA, DIRECTOR GENERAL, HOSPITAL DE CIUDAD NEILY, O A QUIEN EN SU LUGAR OCUPE ESE CARGO**

3. Considerando los resultados obtenidos en el presente estudio, y en concordancia con la metodología avalada por Junta Directiva en la Sesión N° 8949 de diciembre 2017, en coordinación con los titulares del Hospital de Ciudad Neily, efectuar un análisis orientado a identificar las brechas existentes de la oferta de profesionales disponibles en el centro médico versus la demanda de servicios, con la finalidad de determinar la factibilidad de incrementar la cantidad de profesionales en ciencias médicas según los resultados obtenidos en ese análisis.

**Plazo de Cumplimiento 6 meses, a partir del recibo del presente informe.**

4. Considerando los resultados obtenidos en el presente estudio, y en concordancia con la metodología avalada por Junta Directiva en la Sesión N° 8949 de diciembre 2017, desarrollar un plan de mejora a corto plazo contenido en el cuadro número 17 de la metodología, a fin de que se aborden los siguientes aspectos:
  - a) Fortalecer el plan de capacitación a nivel local.
  - b) Considerando los resultados en cuanto a la variabilidad de las horas destinadas a actividades médicas, llevar a cabo un análisis para determinar si la asignación es razonable de conformidad con la disponibilidad de recursos y necesidades de atención.
  - c) Considerando que la ocupación de los servicios de Ginecología y obstetricia, para el mes de junio 2018 registra un 21 % y 37 %, realizar un análisis periódico de los indicadores del sistema informático ARCA Hospitalización, a efectos de maximizar los recursos disponibles.
  - d) Con base en lo evidenciado en el hallazgo 5, 6 y 7, así como en el Cuadro 4, que se determina que el aprovechamiento de las salas de operación es del 69 % (en base a 9 horas), realizar un estudio sobre la distribución y utilización de los quirófanos, con el propósito de establecer acciones concretas destinadas a maximizar el uso de la infraestructura disponible en el centro asistencial. Para lo anterior considerar las actividades peri operatorias, la distribución y asignación de los quirófanos, y recursos disponibles, y lo concerniente a las suspensiones de sala.
  - e) En relación con lo evidenciado en el hallazgo 7, llevar a cabo un análisis a efectos de determinar estrategias que permitan maximizar el aprovechamiento del tiempo quirúrgico por parte de los profesionales en cirugía.



- f) Considerando el crecimiento evidenciado del 6 % en las listas de espera, efectuar un análisis orientado al establecimiento de estrategias que permitan el abordaje óptimo de las listas considerando la redistribución de recursos físicos y humanos; elaboración de Jornadas de Producción, tercerización de servicios, entre otros aspectos.
- g) De conformidad con los resultados del estudio se haga un diagnóstico de qué otros insumos y equipo requiere el hospital, para que por medio del presupuesto ordinario y del fondo de equipo médico, se realice el estudio de viabilidad técnica y económica para su adquisición, así como para que se mejoren las condiciones que presentan las salas de operaciones, e implementar las acciones necesarias en procura de superar las debilidades señaladas con respecto a la infraestructura en Cirugía.
- h) Establecer mecanismos de control interno orientados a fortalecer el sistema de información hospitalario, lo anterior en aras de garantizar la exactitud, completitud y disponibilidad de los datos relacionados con la distribución horaria de los profesionales en salud, el TUSH y las listas de espera, así como el correcto llenado de las hojas de anestesia, mismos que son necesarios para que esa Dirección General continúe con el uso sostenido del Instrumento disponibilidad, uso y aprovechamiento de los recursos en la actividad quirúrgica, como parte del proceso de toma de decisiones.

Para el cumplimiento de esta recomendación, en el **plazo de 11 meses posteriores al recibo del presente informe**, esa Dirección deberá remitir a la Auditoría Interna, el documento donde conste las acciones y/o gestiones debidamente documentadas, así como sus conclusiones y resolución en relación con lo solicitado.

## COMENTARIO DEL INFORME

De conformidad con lo establecido en el Artículo 45 del Reglamento de Organización y Funcionamiento de la Auditoría Interna de la Caja Costarricense de Seguro Social, los alcances del presente informe fueron comentados con el Lic. Gilberto León Salazar, Asesor de Gerencia Médica; el Dr. Luis Carlos Vega Martínez, Director de Red integral de Prestación de Servicios de Salud Brunca; el Dr. William Martínez Abarca, Director General del hospital de Ciudad Neily, y el Dr. Eneué Arrieta Espinoza, Asistente de la Dirección General del hospital de Ciudad Neily, quienes manifestaron:

- El Dr. Vega Martínez, señaló que a nivel de la región Brunca se ha instruido a todos los hospitales de utilizar cinco indicadores básicos de la gestión de sala de operaciones, a saber:
  1. El inicio de la primera cirugía, que tiene que ser entre 7 y 7:30 am
  2. La tasa de recambio entre 15 y 20 minutos.
  3. El tiempo de utilización de salas hospitalarias, mayor al 90%.
  4. El tiempo de programación de la sala, que sería de 7 horas (disminuyendo la hora de alimentación y la hora de la tasa de recambio).
  5. Análisis del porcentaje y causas de suspensión.
- Agregó el Dr. Vega que, además se está considerando en el preoperatorio la programación con 3 indicadores:



- Porcentaje de suspensión de los pacientes por causa de mal preparación
- Cumplimiento gerencial del 80-20, 80% de los pacientes más antiguo en lista de espera, y el 20% que nos permiten para pacientes urgentes, cánceres y recursos de amparo.
- El cumplimiento gerencial del 60-40, 60% de la cirugía ambulatoria del 40% de cirugías hospitalizadas o internamientos. Este cumplimiento, debe considerar además en la cirugía electiva la cirugía de corta estancia, (24 a 48 horas), dado que no podemos egresar si no tiene el paciente las condiciones óptimas.
- El Dr. William Martínez Abarca señaló: “creemos que se ha estado trabajando desde ya en las observaciones que se han anotado, por lo que estamos seguros de que este informe se va a cumplir a cabalidad”.

### ÁREA GESTIÓN OPERATIVA

MBA. Keyna Arrieta López  
**ASISTENTE DE AUDITORÍA**

Lic. Roy Manuel Juárez Mejías  
**JEFE DE SUB ÁREA**

OSC/RJM/KAL/ams



Anexo 1. Cirugías Programadas

Hospital de Ciudad Neily. Semana del 4 al 8 de junio 2018

Sala	Fecha	Hora Inicio	Hora final	Cantidad de cirugías
1	4 junio 18	07:00	12:00	5
2	4 junio 18	08:00	09:00	1
3	4 junio 18	No se programó nada		
4	4 junio 18	07:00	14:00	5
5	4 junio 18	No se programó nada		
6	4 junio 18	No se programó nada		
1	5 junio 18	07:00	13:30	4
2	5 junio 18	No se programó nada		
3	5 junio 18	No se programó nada		
4	5 junio 18	No se programó nada		
5	5 junio 18	No se programó nada		
6	5 junio 18	No se programó nada		
1	6 junio 18 *	08:00	13:00	5
2	6 junio 18	07:00	15:00	2
3	6 junio 18	No se programó nada		
4	6 junio 18	No se programó nada		
5	6 junio 18	No se programó nada		
6	6 junio 18	No se programó nada		
1	7 junio 18	07:00	14:00	4
2	7 junio 18	No se programó nada		
3	7 junio 18	No se programó nada		
4	7 junio 18	07:00	12:00	3
5	7 junio 18	No se programó nada		
6	7 junio 18	No se programó nada		
1	8 junio 18	07:00	13:00	5
2	8 junio 18	No se programó nada		
3	8 junio 18	No se programó nada		
4	8 junio 18	07:00	12:00	4 *
5	8 junio 18	No se programó nada		
6	8 junio 18	No se programó nada		

Fuente: Lista de cirugías programadas según número de sala.


\* Fecha en la cual se programó varias cirugías con misma hora de inicio





CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL  
 AUDITORIA INTERNA  
 Tel.: 2539-0821 - Fax.: 2539-0888  
 Apdo.: 10105

Anexo 2

 <b>CUADRO 1</b> RECURSOS HUMANOS: HORARIO CONTRATADO MEDICOS CIRUJANOS Y ANESTESIOLOGOS (1) HOSPITAL: <b>H. Ciudad Neilly</b> SERVICIO / ESPECIALIDADES: ESPECIALIDADES QUIRÚRGICAS Y ANESTESIA PERIODO: jun-18														
NOMBRE DEL MÉDICO	DIAS HÁBILES PERIODO	JORNADA DIARIA CONTRATADA EN HORAS	TOTAL HORAS CONTRATADAS- THC DHP x JDC	HORAS EN ACTIVIDADES NO MÉDICAS HANM (2)							HORAS ACTIVIDADES MEDICAS HAM (3)			TOTAL HORAS DISPONIBLES/ CIRUGIA THC - HANM-HAM
				VACAC.	INCAP.	ALIMENT.	PERM.	CAPACIT.	ADMINIST. COMISIONES Y OTROS.	SESIONES Y JUNTAS MEDICAS	PROCEDIMIENTOS NO QUIRURGICOS	HOSPITALIZACION	CONSULTA EXTERNA/INTERCONSULTA	
ALEJANDRO SANDOVAL DÍAZ (Cirugía Infantil)	21	9	184	117	0	6	0	0	1	0	0	5	21	34
ALLEN MONGE SALAS (Urología)	21	9	184	53	0	12	18	0	16	0	13	20	25	28
MARCO RIVERA FIGUEROA ( Oftalmología)	21	9	184	0	8	18	18	0	7	0	0	10	66	57
RODRIGO MARTINEZ MESEN ( Ortopedia)	21	9	184	0	0	20	8	0	0	0	0	45	80	31
CARLOS BOLAÑOS INFANTE (Cirugía)	21	9	184	0	0	20	0	0	0	4	0	59	70	32
ALEXANDER ALVAREZ GONZALEZ ( Ginecología)	21	9	184	18	18	13	34	0	3	0	4	23	47	25
LEON CALVO WILSON GERARDO ( Anestesia)	21	9	184	44	0	16	0	0	0	0	32	0	0	92
PRESMANES GONZALEZ ALBERTO (Anestesia)	21	9	184	0	0	20	0	0	0	0	35	0	0	128
<b>TOTAL</b>	<b>168</b>		<b>1472</b>	<b>232</b>	<b>26</b>	<b>125</b>	<b>78</b>	<b>0</b>	<b>27</b>	<b>4</b>	<b>84</b>	<b>161</b>	<b>308</b>	<b>427</b>
<b>OBSERVACIONES:</b> (1) Análisis para obtener el tiempo real disponible después de restar las horas en actividades no médicas y consulta externa.														
<b>Fuente de la información:</b> (2) Jefatura del Servicio y de Recursos Humanos (3) Jefatura de Servicio														
Aprobado por:														
Nivel Técnico: _____										Jefe de Servicio: _____				
Jefe y/o Coordinador : _____										Director General: _____				




"Garantiza la autoría e integridad de los documentos digitales y la equivalencia jurídica de la firma manuscrita"



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL  
AUDITORIA INTERNA  
Tel.: 2539-0821 - Fax.: 2539-0888  
Apdo.: 10105

Anexo 3

 <b>CUADRO 2</b> <b>EQUIPO HUMANO QUIRURGICO EN SALA DE OPERACIONES</b> <b>HOSPITAL: H. Ciudad Neilly</b> <b>SERVICIO/ESPECIALIDAD: ENFERMERIA</b> <b>PERIODO: jun-18</b>				
NOMBRE DEL FUNCIONARIO	PERFIL DEL PUESTO (Marque jornada 1=completa, 0.5=media ó 0.25=cuarto)			HORARIO DE TRABAJO
	INSTRUMENTISTA	CIRCULANTE	ASISTENTE DE QUIRÓFANO	
<b>JUNIO</b>				
Margarita Mejías Romero (1)	1			06-14
Gerlin González Ramírez	1			06-14
Lía Catiana Castro Mora	1			06-14
Evelyn Delgado Orozco		1		06-14
Marlen Reina Peralta		1		06-14
Johel Guerra del Río			1	06-14
Delia Alvarado			1	06-14
Karla Rojas Cerdas	1			14-22
Ana Moraga Toruño		1		14-22
Edgar Martinez Alpizar			1	14-22
Dayanna Ureña Cespedes	1			22-06
Gerardo Gomez Badilla		1		22-06
Juan Villachica Salas			1	22-06
Marlen Altamirano Beita	1			SUPER
Kevin Ortiz Ortiz		1		SUPER
María Isabel Prendas Gutiérrez		1		SUPER
Roy Espinoza Espinoza			1	SUPER
<b>TOTAL DE PERSONAL</b>	<b>3.7</b>	<b>3.7</b>	<b>3.3</b>	
<b>EQUIPO HUMANO QUIRÚRGICO COMPLETO (EQ) (1)</b>			<b>3.0</b>	
<b>CANTIDAD DE QUIRÓFANOS (Q)</b>			<b>6.0</b>	
<b>RELACIÓN EQ/Q (2)</b>	<b>50.0%</b>	<b>QUIRÓFANOS SIN UTILIZAR</b>		<b>0.0</b>







CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL  
AUDITORIA INTERNA  
Tel.: 2539-0821 - Fax.: 2539-0888  
Apdo.: 10105

Anexo 4

DISTRIBUCION Y USO CAMAS (1)					ÍNDICE OCUPACIÓN DE CAMAS (6)	
SERVICIO/ESPECIALIDAD (2)	No. DE CAMAS	CENSO DIARIO (3)	GIRO DE CAMA Total egresos / # camas (4)	ESTANCIA HOSPITALARIA (5)	PERÍODO	ANUAL
Cirugía	20	7.50	2.50	4.38	37.50%	38.68%
Ginecología	5	1.07	2.20	2.27	21.33%	29.32%
Obstetricia	11	4.07	5.73	1.83	36.97%	39.23%
Medicina	30	29.43	3.43	8.48	98.11%	96.40%
Pediatría	11	5.67	4.82	3.08	51.52%	70.66%
<b>TOTAL DE CAMAS</b>	<b>77</b>					
<b>PROMEDIO</b>	<b>15.4</b>	<b>9.55</b>	<b>3.74</b>	<b>4.01</b>	<b>49.09%</b>	<b>54.86%</b>



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL

AUDITORIA INTERNA

Tel.: 2539-0821 - Fax.: 2539-0888

Apdo.: 10105

Anexo 5



**Cuadro 4**

**PLANIFICACIÓN Y USO DE QUIRÓFANOS**

Hospital: H. Ciudad Neilly

Servicio: Cirugía

Período: Del 01-06-2018 al 30-06-2018

Planificación y uso de quirófanos													
Distribución de quirófanos - Cirugía programada en el período							Uso de quirófanos en el período						Aprovechamiento de quirófanos (THU / RDAE)
Servicio	Quirofono	Días Asignados	Horas			Camas de Recuperación	Días Utilizados		Horas Utilizadas				
			Asignadas	Reales	Disponibilidad		SI	NO	Ambulatoria	Electiva	Emergencia	Total	
Cirugía General - Pediatria - Ginecología - Ortopedia y Urología	Sala 01	12	107	88.25	82%	8	12	9	0	61.35	2.25	63.6	72%
Cirugía General - Pediatria - Ortopedia	Sala 02	1	8	6.25	78%	8	1	20	0	3.33	4	7.33	117%
Oftalmología	Sala 03	5	43	37.75	88%	8	5	16	0	17.33	3	20.33	54%
Cirugía General - Ginecología - Oftalmología - Ortopedia - Urología	Sala 04	7	62	51.75	83%	8	7	14	0	36.36	4.42	40.78	79%
Cirugía General	Sala 05	1	9	8.25	92%	8	1	20	0	0	0.5	0.5	6%
Totales		26	229	192.25	84%	8	26	79	0	118.37	14.17	132.54	69%





CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL  
AUDITORIA INTERNA  
Tel.: 2539-0821 - Fax.: 2539-0888  
Apdo.: 10105

## Anexo 6



### Cuadro 5

PLANIFICACIÓN: CIRUGÍAS REALIZADAS

Hospital: H. de Ciudad Neily

Servicio: Cirugía y especialidades

Período: Del 01-06-2018 al 30-06-2018

Profesional Médico	Especialidad	Cirugías Realizadas							Tiempo utilizado en cirugías			Promedio Cirugía - Minutos HUCX / TCR * 60
		Total TCR	Ambulatoria		Electiva		Emergencia		Total de horas			
			Total	%	Total	%	Total	%	Horas Disponibles HD	Horas Utilizadas en Cirugía HUCX	Aprovechamiento o HUCX/HD	
Alejandro Sandoval Díaz	Cx. Pediatría	14	11	79%	3	21%	0	0%	34	17.1	50%	73.29
Alexander Álvarez González	Ginecología	15	12	80%	2	13%	1	7%	25	17.8	71%	71.20
Allen Monge Salas	Urología	16	10	63%	5	31%	1	6%	28	17.9	64%	67.13
Carlos Bolaños Infante	Cx. General	19	8	42%	6	32%	5	26%	32	25.6	80%	80.84
Marco Rivera Figueroa	Oftalmología	17	9	53%	5	29%	3	18%	57	32.7	57%	115.41
Rodrigo Martínez Mesén	Ortopedia	14	9	64%	1	7%	4	29%	31	21.9	71%	93.86
Totales		95	59	62%	22	23%	14	15%	207	133	64%	84.00

Observaciones: La información proporcionada por la administración no coincide con la generada por la base de datos del TUSH, por cuanto el Dr. Marco Rivera se le computan 15 cirugías, según tush son 17; al Dr. Carlos Bolaños se le computan 16 cirugías siendo en realidad 19, y al Dr. Alexander Alvarez se le registran 17, siendo 15 las practicadas. Es decir 3 menos en total (5-2). El médico con menor aprovechamiento de horas de cirugía es el Dr. Alejandro Sandoval Díaz, de Cirugía pediátrica (50 %), seguido del Dr. Marco Rivera Figueroa, Oftalmólogo (57 %).





CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL  
AUDITORIA INTERNA  
Tel.: 2539-0821 - Fax.: 2539-0888  
Apdo.: 10105

Anexo 7



**Cuadro 6**

**PLANIFICACIÓN: ANESTESIA**

**Hospital:** H. de Ciudad Neily

**Servicio:** Anestesia

**Período:** Del 01-06-2018 al 30-06-2018

Disponibilidad y uso de recursos profesionales en anestesiología							
Profesional  Médico	Horas Disponibles HD (Cuadro 1)	Tiempo anestesia utilizado (Horas)			Producción en cirugías		Aprovechamiento Anestesia / Cirugía (TG / HD)
		Total Horas Anestesia THA	Total Horas Recambio THR	Total General TG (THA + THR)	Total Cirugías (TC)	Tiempo Promedio por Cirugía (THA / TC * 60)	
Alberto Presmanes González	121	71.7	22.75	94.5	55	78	78%
Wilson Gerardo León Calvo	92	41.4	13.75	55.2	29	86	60%
Totales	213	113.1	36.5	149.6	84	81	70%





CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL  
AUDITORIA INTERNA  
Tel.: 2539-0821 - Fax.: 2539-0888  
Apdo.: 10105

Anexo 8



CUADRO 7  
LISTA DE ESPERA  
HOSPITAL: CIUDAD NEILY  
SERVICIO/ESPECIALIDAD: CIRUGIA  
ANALISIS DISPONIBILIDAD DE RECURSOS, USO Y PRODUCCION  
PERIODO: JUNIO 2018

ESPECIALIDAD	LISTA DE ESPERA INICIAL: FECHA: 31-05-2018			INGRESOS DEL PERIODO			DEPURACION DE CASOS			PACIENTES ATENDIDOS			LEA		TOTAL AMB/ELECT. LEI-IP-DC-PA	% RESOLUCION DE PERIODO LEI-LEA/LEI
	AMBULATORIA	ELECTIVA	TOTAL AMB/ELECT.	AMBULAT.	ELECTIVA	TOTAL AMB/ELECT.	AMBULAT.	ELECTIVA	TOTAL/DEPU RADOS	AMBULAT.	ELECTIVA	TOTAL/ PACIENTES	AMBULATORIA	ELECTIVA		
Cirugía General	40	11	51	13	1	14	1	0	1	6	0	6	57	14	71	39.2%
Cirugía Pediátrica	59	136	195	5	5	10	2	5	7	11	3	14	45	144	189	-3.1%
Ginecología	42	25	67	3	2	5	1	0	1	13	1	14	31	34	65	-3.0%
Oftalmología	245	4	249	38	0	38	0	0	0	10	0	10	307	4	311	24.9%
Ortopedia	18	0	18	3	0	3	1	0	1	10	1	11	11	0	11	-38.9%
Urología	29	17	46	8	7	15	0	0	0	11	4	15	24	22	46	0.0%
<b>TOTALES</b>	<b>433</b>	<b>193</b>	<b>626</b>	<b>70</b>	<b>15</b>	<b>85</b>	<b>5</b>	<b>5</b>	<b>10</b>	<b>61</b>	<b>9</b>	<b>70</b>	<b>475</b>	<b>218</b>	<b>693</b>	<b>10.7%</b>

OBSERVACIONES:

Fuente de información:

Aprobado por:

Nivel Técnico \_\_\_\_\_  
Jefe/Coordinador de la Especialidad \_\_\_\_\_

Jefe de Servicio \_\_\_\_\_  
Grupo Gestor de Lista de Espera: \_\_\_\_\_

Director General: \_\_\_\_\_



"Garantiza la autoría e integridad de los documentos digitales y la equivalencia jurídica de la firma manuscrita"



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL  
AUDITORIA INTERNA  
Tel.: 2539-0821 - Fax.: 2539-0888  
Apdo.: 10105

### Anexo 9

De las cirugías suspendidas  
Hospital De Ciudad Neily  
Del 28 de mayo al 30 de junio 2018

Fecha	Nº Asegurado	Nombre del paciente	Motivo de suspensión	Especialidad	Cirujano
28/05/2018	7270618	Adolfo Sequeira Sequeira	Error en la programación en UGLE, paciente es de la Dra. Dixon.	Oftalmología	Dr. Cortés
28/05/2018	6097488	María Quirós Salazar	Taladro TRS salió húmedo	Ortopedia	Dr. Naranjo
30/05/2018	5216519	Marvin Ramos Jiménez	Paciente no tiene valoración preoperatoria.	Vascular	Dra. De la Paz
01/06/2018	5138244	José Sequeira Castillo	requisitos preoperatorios incompletos.	Cx. General	Dr. Gutiérrez
04/06/2018	501580753	Luis Borges Hernández	paciente tiene estudios incompletos (US de abdomen).	Cx. General	Dra. Gómez
04/06/2018	1780103360	Jesús Castillo Sevilla	cirujano refiere que no hay cemento Norian que necesita, solo una caja, aun habiendo otros cementos para craneoplastía de otras marcas, él necesita ese.	Neurocirugía	Dr. Contreras
06/06/2018	6029390	Anita Villegas Varela	Taladro TRS salió húmedo.	Ortopedia	Dr. Naranjo
13/06/2018	6137558	Flor Cerna Carmona	Especialista refiere que no hay lente 10.00.	Oftalmología	Dr. Bender
15/06/2018	6270538	Vladimir Mora Espinoza	Paciente no tiene Valoración Preoperatoria.	Ortopedia	Dr. Bolívar
18/06/2018	603490864	Jeannette Elizondo Ovaes	Paciente no tiene Valoración Preoperatoria.	Cx. General	Dra. Gómez
19/06/2018	6084616	Adel Rodríguez Vega	requisitos preoperatorios incompletos (falta reporte de Rayos X).	Urología	Dr. Pacheco
22/06/2018	601780105	Romero Solórzano Cecilia	Cirujano refiere que no solicitó placas de pequeños fragmentos.	Ortopedia	Dra. Ortega

Fuente: Informes semanales de cirugías suspendidas, emitidos por Supervisora de Sala de Operaciones.

