



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

AGO-100-2019
05-09-2019

RESUMEN EJECUTIVO

El estudio se realizó de conformidad con el Plan Anual de Trabajo 2019 del Área Gestión Operativa de la Auditoría Interna, con el objetivo de evaluar la disponibilidad de camas (capacidad instalada) en el área de Hospitalización (Hematología, Oncología y Cirugía Oncológica), y de salas de operaciones en el servicio de Cirugía Oncológica del hospital México.

Los resultados de la evaluación evidenciaron oportunidades de mejora en relación con la disponibilidad del recurso cama hospitalaria de los servicios de Hematología, Oncología y Cirugía Oncológica, así como de salas de operaciones y optimización de los recursos para atender la lista de espera quirúrgica del servicio de Cirugía Oncológica.

Es importante revisar y ajustar aspectos relacionados con el establecimiento de indicadores en la planificación y en los registros estadísticos, así como revisar los índices que miden el desempeño de los recursos, las estancias prolongadas relacionadas con infecciones asociadas a la atención de la salud, o las áreas físicas disponibles para usuarios que requieren, por su condición clínica, un aislamiento, aspectos que inciden en la gestión del recurso cama hospitalaria.

También, es importante considerar lo referente a la combinación de usuarios de distintas patologías y servicios en los mismos cubículos o áreas de internamiento, así como de limitaciones de recurso humano, la utilización de recintos en áreas de hospitalización para realizar procedimientos endoscópicos, y los registros de la lista de espera, por lo que se solicita la consideración y resolución de las recomendaciones emitidas, orientadas a fortalecer el proceso de registros en las herramientas de planificación, el análisis de indicadores para la gestión de camas, así como de los procedimientos para el registro de casos en la lista de espera y su depuración, las acciones para su atención, y la optimización de la producción quirúrgica mediante mayor disponibilidad de quirófanos para el servicio de Cirugía Oncológica.





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

AGO-100-2019
05-09-2019

ÁREA GESTIÓN OPERATIVA

ESTUDIO ESPECIAL SOBRE LA DISPONIBILIDAD DE CAMAS (CAPACIDAD INSTALADA) EN EL ÁREA DE HOSPITALIZACIÓN (HEMATOLOGÍA, ONCOLOGÍA Y CIRUGÍA ONCOLÓGICA), Y DE SALAS DE OPERACIONES EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA ONCOLÓGICA DEL HOSPITAL MÉXICO, U.E. 2104

GERENCIA MÉDICA, U.E. 2901

ORIGEN DEL ESTUDIO

El estudio se desarrolló en cumplimiento del Plan Anual de Trabajo 2019 del Área Gestión Operativa de la Auditoría Interna.

OBJETIVO GENERAL

Evaluar la gestión desarrollada para la disponibilidad de camas (capacidad instalada) en el área de Hospitalización (Hematología, Oncología y Cirugía Oncológica) y de salas de operaciones en el servicio de Cirugía Oncológica del hospital México.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Determinar la capacidad instalada de camas en los servicios de Hospitalización (Hematología, Oncología y Cirugía Oncológica)
- Determinar la capacidad instalada de salas de operaciones en el servicio de Cirugía Oncológica.

ALCANCE

El estudio comprendió la revisión y análisis de la gestión desarrollada para la dotación de camas en el área de Hospitalización (Hematología, Oncología y Cirugía Oncológica), y de salas de operaciones en el servicio de Cirugía Oncológica del hospital México, durante el período comprendido entre enero de 2018 y marzo de 2019, ampliándose en los casos en que se consideró necesario.

La evaluación se efectuó de acuerdo con lo dispuesto en las Normas Generales de Auditoría para el Sector Público, divulgadas a través de la Resolución R-DC-064-2014 de la Contraloría General de la República, publicadas en La Gaceta 184 del 25 de setiembre 2014, vigentes a partir del 1º de enero 2015 y demás normativa aplicable.



METODOLOGÍA

- Revisión de los siguientes documentos:
 - Plan Presupuesto de los servicios de Hematología, Oncología y Cirugía Oncológica del 2018 y 2019.
 - Herramienta para la Gestión de Riesgos de los servicios de Hematología, Oncología y Cirugía Oncológica.
 - Organización y dotación de camas en el área de Hospitalización.
 - Informes estadísticos sobre estancia promedio, índice de ocupación y giro cama.
 - Registros sobre infecciones asociadas a la atención de la salud y estancias prolongadas.
 - Revisión y análisis de Actas del Comité Gestor de Cirugía Oncológica.
 - Programación semanal de actividades e informes de producción quirúrgica de los médicos asignados al servicio de Cirugía Oncológica.
 - Lista de espera quirúrgica.
 - Proyecto Hospital de Día Polivalente.
 - Actas de reuniones: Propuesta de áreas específicas de hospitalización para pacientes de los servicios de Hematología y Oncología.
- Realización de censo de camas en los servicios de Hospitalización.
- Verificación de pacientes en espera de una cama ubicados en los servicios de Emergencias y Admisión.
- Solicitud de información y entrevistas a los siguientes funcionarios:
 - Dr. Marco Vinicio Williams González, jefe departamento de Hemato-Oncología.
 - Dr. Herman Barquero Melchor, jefe servicio de Cirugía Oncológica.
 - Dra. Susan Soto Pernudi, jefe a.i. servicio de Cirugía Oncológica¹.
 - Dra. Pilar Chaverri Sáenz, jefe servicio de Hematología.
 - Dr. Denis Landaverde Recinos, jefe servicio Oncología.
 - Dr. Luis Esteban Fonseca Jiménez, Médico Asistente General en labores administrativas del departamento de Hemato-Oncología.
 - Dr. Edgar Méndez Jiménez, jefe Departamento de Cirugía General.
 - Dr. Julián Peña Varela, jefe servicio de Medicina Interna.
 - Dra. Mary Denisse Munive Angermüller, Asistente de Dirección General en gestión de camas.
 - Dra. Gabriela Guevara Rivera, Asistente de Dirección General en Gestión de Lista de Espera.
 - Dr. Ricardo González Campos, jefe servicio Emergencias.
 - Dr. William Piedra Carvajal, jefe servicio de Gastroenterología.
 - Dr. Gustavo Jiménez Ramírez, jefe servicio de Cirugía General.
 - M. Sc. Adriana Gutiérrez Cuevas, jefe servicio de Trabajo Social.
 - Lic. Carlos Luis Rodríguez Carvajal, coordinador Área de Estadística.
 - Licda. Stephanie Villalobos Brenes, coordinadora a.i. del Área de Estadística.
 - Lic. Armando Gómez Rosales, coordinador Sección Admisión/Emergencias.
 - Licda. Ana Geizel Chavarría Ramírez, jefe subárea Nivel Local 2 de Validación y Facturación de Servicios Médicos.

¹ El 14 de mayo de 2019 estaba asumiendo como jefatura interina del servicio.



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

- M. Sc. Damaris Orias Anchía, Enfermera del Comité de Prevención y Control de Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud.
- Sra. Ana Isabel Arce Montero, secretaria servicio de Hematología.
- Srta. Raquel González Elizondo, secretaria departamento de Cirugía, responsable del proceso de Dictado Quirúrgico.
- Sra. Maureen Solís Solís, Asistente Administrativa encargada de aspectos de planificación del hospital.
- Dra. Karla Solano Durán, Asesora de la Gerencia Médica.
- Ing. Sofía Chaves Zúñiga, funcionaria de la Dirección de Arquitectura e Ingeniería (DAI).
- Dr. Fernando Avendaño Alvarado, jefe de la Sección de Cirugía del hospital San Juan de Dios.
- Lic. William Gerardo Zúñiga Campos, coordinador Área de Estadística del hospital San Juan de Dios.
- Bach. Douglas Loría Porras, técnico Área de Estadística del hospital San Juan de Dios.

MARCO NORMATIVO

- Ley General de Control Interno, del 4 de setiembre 2002.
- Ley General de Salud, octubre 1973.
- Ley de Deberes y Derechos de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud Públicos y Privados, marzo 2002.
- Reglamento General de Hospitales Nacionales, junio 1971.
- Normas de Control Interno para el Sector Público (N-2-2009-CO-DFOE) 6 de febrero 2009.
- Guía de ingreso, resolución y depuración de listas de espera para procedimientos médicos y quirúrgicos, setiembre 2015.
- Política Institucional de Calidad y Seguridad del Paciente, marzo 2007.
- Modelo Funcional y Organizacional del Departamento de Hemato-Oncología en los Hospitales Nacionales Generales y Hospital Nacional de Niños, agosto 2009.
- Perfil Funcional Servicios de Emergencias de Hospitales, Gerencia Administrativa, 13 de diciembre 2018.
- Gestión de camas hospitalarias (Destrezas para la utilización, distribución y rotación)", Gerencia Médica, Dirección de Desarrollo de servicios de Salud, 2017.
- Plan Nacional de Desarrollo 2019-2022.
- Plan de Acción para la implementación del proyecto: Fortalecimiento de la Atención Integral del Cáncer en la Red Oncológica Nacional de la CCSS, mayo 2009.
- Sentencia 07532 de la Sala Constitucional de la Corte Suprema de Justicia, del 13 de Julio de 2004.

DISPOSICIONES RELATIVAS A LA LEY GENERAL DE CONTROL INTERNO

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 8292. Así como sobre las formalidades y los plazos que deben observarse debido a lo preceptuado en los numerales 36, 37 y 38 de la Ley 8292 en lo referente al trámite de nuestras evaluaciones; al





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

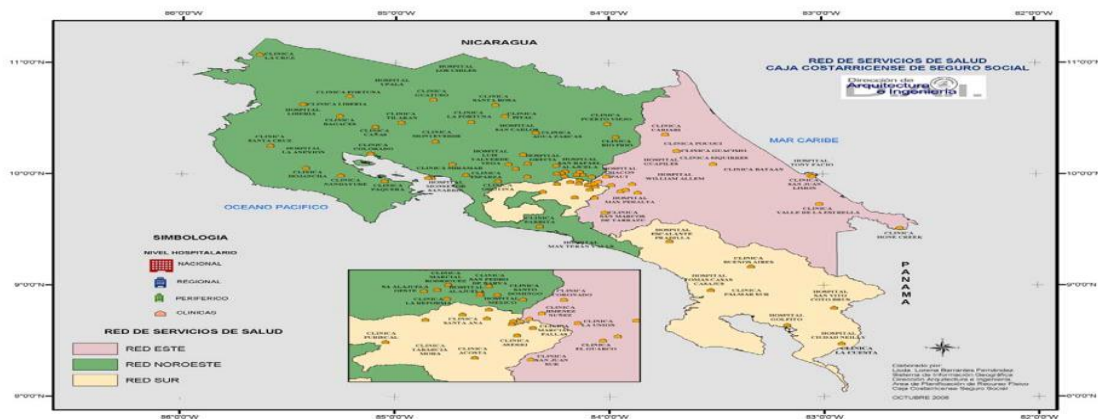
igual que sobre las posibles responsabilidades que pueden generarse por incurrir en las causales previstas en el artículo 39 del mismo cuerpo normativo, el cual indica en su párrafo primero:

“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...”.

ASPECTOS GENERALES

Según el informe “Plan de Acción para la implementación del proyecto: Fortalecimiento de la Atención Integral del Cáncer en la Red Oncológica Nacional de la CCSS”², la distribución geográfica de la red de servicios de salud de la CCSS es la siguiente:

Imagen 1
Conformación de la Red de Servicios de Salud de la CCSS



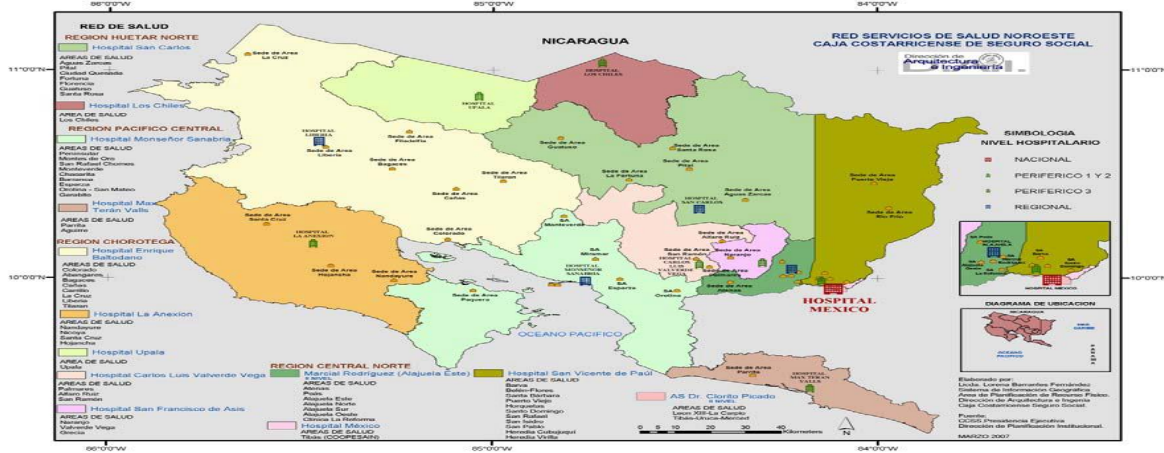
Fuente: Plan de Acción para la implementación del proyecto: Fortalecimiento de la Atención Integral del Cáncer en la Red Oncológica Nacional de la CCSS

² Se modificó estructura. Nueva organización para la gobernanza de la prestación de los servicios de salud establecida por Redes Integradas de Prestación de Servicios de Salud (RIPSS), se mantiene la adscripción actual a los hospitales generales y especializados. Junta Directiva, artículo 8, sesión 9022 del 14 de marzo de 2019.



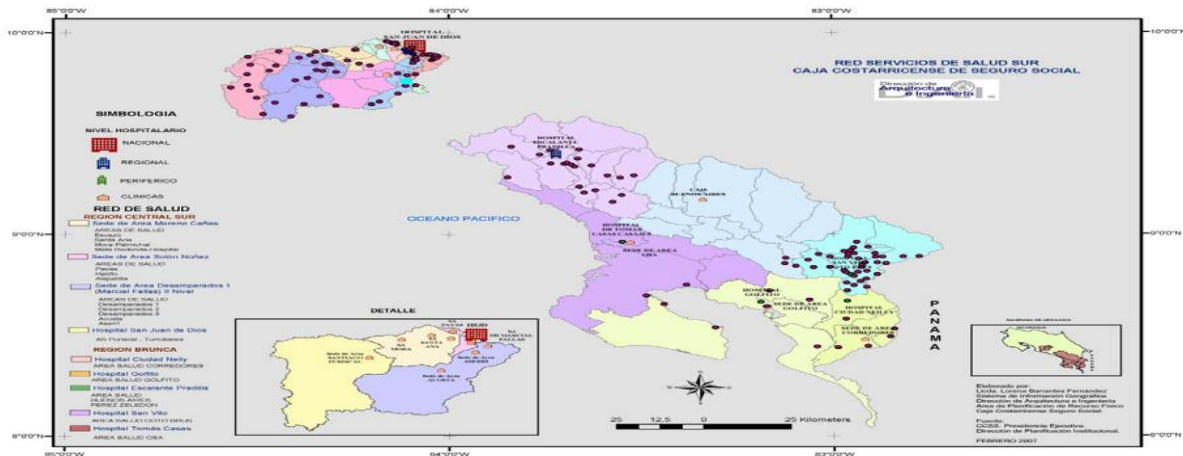
CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
 AUDITORIA INTERNA
 Tel.: 2539-0821- Fax.: 2539-0888
 Apdo.: 10105

Imagen 2
 Red Noroeste: Hospital México



Fuente: Plan de Acción para la implementación del proyecto: Fortalecimiento de la Atención Integral del Cáncer en la Red Oncológica Nacional de la CCSS

Imagen 3
 Red Sur: Hospital San Juan de Dios



Fuente: Plan de Acción para la implementación del proyecto: Fortalecimiento de la Atención Integral del Cáncer en la Red Oncológica Nacional de la CCSS

Por otra parte, se hace una referencia comparativa entre las poblaciones adscritas a los hospitales México y San Juan de Dios, así como la dotación normal de camas que tienen esos hospitales, según el siguiente detalle:



"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

Cuadro 1
Hospital México/Hospital San Juan de Dios
Población adscrita 2019 y dotación normal de camas a diciembre 2018

Hospital	Población total adscrita	Dotación normal de camas
México	1.890.381	425
San Juan de Dios	1.165.500	641
Diferencia	724.881	216

Fuente: Servicio de Estadística del hospital San Juan de Dios, Área de Planificación del Hospital México e informes estadísticos a diciembre de 2018: cuadro 71

Se puede observar que la dotación normal de camas del hospital San Juan de Dios es mayor en un 51 % en relación con las asignadas al hospital México, lo cual representa una diferencia de 216 camas, teniendo el hospital México una población adscrita que supera a la del hospital San Juan de Dios, en 724.881 habitantes.

INFORME DE AUDITORÍA ASS-178-2017

Mediante el informe de Auditoría ASS-178-2017, del 7 de diciembre de 2017, relacionado con “Evaluación sobre la gestión oncológica institucional”, se efectuó un análisis de los siguientes aspectos:

- ✓ Evaluación y cumplimiento de la planificación estratégica relacionada con la atención del cáncer.
- ✓ Prueba de tamizaje para cáncer de colon en personas de 45 a 74 años implementada.
- ✓ Prueba de laboratorio para la detección del virus del papiloma humano (vph) en mujeres de 30 a 64 años implementada en la región Chorotega.
- ✓ Mamografías a nivel nacional incrementadas con énfasis en mujeres de 45 a 69 años.
- ✓ Organización institucional para la atención del cáncer.
- ✓ Aspectos de los departamentos de Hemato-Oncología (DHO).
- ✓ Gestión de la lista de espera quirúrgica oncológica.
- ✓ Diagnóstico de necesidades de formación de recurso humano para la atención del cáncer.
- ✓ Atención de pacientes en la red de servicios.

Entre las recomendaciones emitidas en dicho informe, se solicitó al Gerente Médico: elaborar una propuesta funcional para el fortalecimiento técnico y organizacional del cáncer, realizar en conjunto con las jefaturas de los departamentos de Hemato-Oncología, un diagnóstico de la situación real de esos departamentos, en los que se considere la infraestructura, equipamiento, recurso humano, análisis de casos pendientes resolución de la lista de espera quirúrgica oncológica, la emisión de un criterio técnico relacionado con el aval para la implementación del “Diagnóstico situacional de la Atención Integral del Cáncer en la Red de la CCSS 2016-2025”, emitir un recordatorio a los directores médicos sobre la importancia de detectar y referir oportunamente los casos sospechosos de cáncer, la priorización para realizar estudios diagnósticos, sobre la viabilidad de incorporar a un funcionario por centro responsable de la gestión de la red oncológica, y la descentralización de la aplicación de tratamientos como la quimioterapia.



Algunos de los aspectos señalados en dicho informe están relacionados con los resultados obtenidos en el presente informe, entre los cuales se puede citar la atención de la lista de espera quirúrgica oncológica, la falta de recurso humano de Enfermería en áreas de Hospitalización y priorización de estudios diagnósticos que puede estar limitando la fluidez de los egresos, así como la elaboración de un diagnóstico de la situación real de esos servicios, entre otros.

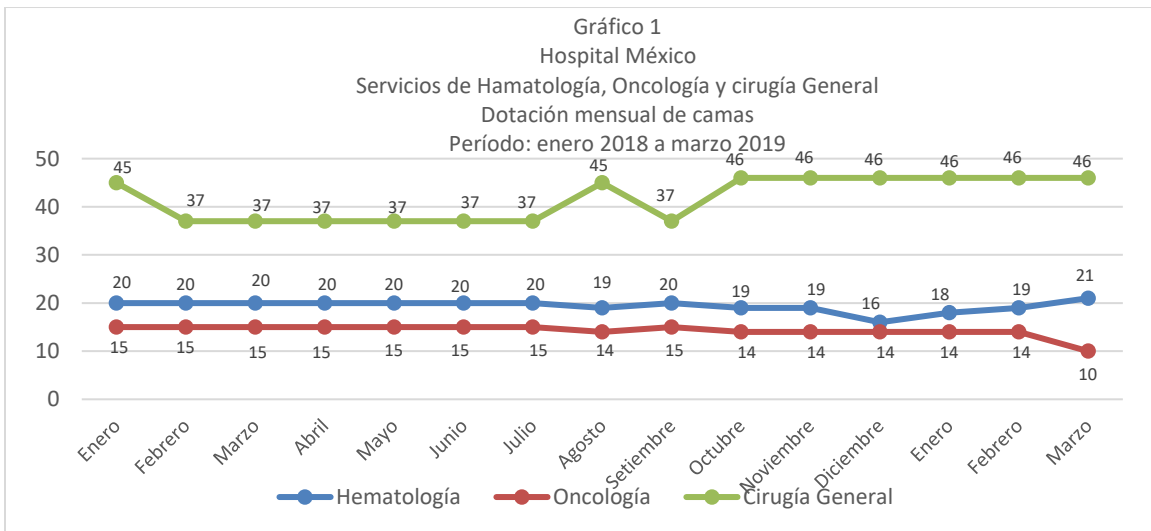
HALLAZGOS

1. SOBRE LA CAPACIDAD INSTALADA DEL RECURSO CAMA HOSPITALARIA EN LOS SERVICIOS DE CIRUGÍA ONCOLÓGICA, HEMATOLOGÍA Y ONCOLOGÍA

1.1 Sobre la dotación de camas, la variación y el registro en el Informe Estadístico

El servicio de Cirugía Oncológica del hospital México³ no cuenta con una dotación normal de camas, siendo que, en la realidad, como parte de la organización interna de los servicios, las que utiliza forman parte del grupo de camas asignado al servicio de Cirugía General, por lo que no existen datos o registros individuales de asignación de camas para el servicio de Cirugía Oncológica.

Los otros servicios de Hematología y Oncología sí cuentan con asignación de camas en el área de Hospitalización, las cuales han estado sujetas a variaciones, debido a que se gestionan según las necesidades que tengan. Por ejemplo, según el análisis efectuado al Informe Estadístico del hospital México, se puede observar en el siguiente gráfico, la cantidad de camas asignadas durante el 2018 y el primer trimestre del 2019, así como la variación en la dotación mensual de ese recurso:



Fuente: Informe Estadístico hospital México

³Servicio en proceso de conformación organizacional y funcional. Se nombró al Dr. Herman Barquero Melchor como Médico Jefe 3 a partir del 12 de noviembre de 2018, según Acción de Personal 304683-2018. Hace falta recurso humano -un jefe de clínica y secretaria-.



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

La Dra. Mary Denisse Munive Angermüller, Asistente de la Dirección General y encargada de la gestión de camas del hospital México, sobre las variaciones en la asignación de camas, refirió lo siguiente:

“Por las necesidades del servicio, suspensión de salas de operaciones de un servicio, aumento de pacientes críticos que hace que surjan nuevas unidades de cuidado crítico intermedio, picos epidemiológicos, patologías que la red no resuelve como el paciente nefrópata, patología oncológica”.

Por su parte, la Licda. Stephanie Villalobos Brenes, coordinadora de la Sección de Estadística del hospital México, en relación con la variación mensual en la dotación de camas mostrada, señaló:

“Los cambios en la dotación normal de camas de los servicios son solicitados por la gestora de camas del hospital, y nosotros procedemos a solicitar ese cambio al nivel central con la justificación dada. A nivel de servicio no se afecta nada, los cuadros salen como los da el sistema”.

La distribución y ajustes en la dotación mensual de camas es dinámico y obedece a las dificultades que se presentan para atender la demanda de ese recurso en el hospital México, con una oferta limitada en infraestructura hospitalaria, y donde convergen otros factores que afectan su uso y que serán objeto de análisis en el presente estudio, como por ejemplo: utilización de cubículos para instalar equipos, las áreas destinadas para el aislamiento de pacientes, el tema de las infecciones asociadas a la atención de la salud, la posible falta de recurso humano de Enfermería que limita el egreso oportuno de usuarios, los pacientes enviados al servicio de Emergencias como medio previo de internamiento, y la lista de espera para hospitalizar a los asegurados, entre otros.

Del análisis efectuado, resalta el esfuerzo y labor que realiza la Dra. Munive Angermüller para organizar, coordinar y establecer mecanismos de control para optimizar el uso de ese recurso que es limitado en el hospital México; sin embargo, según su opinión, se presentan aspectos de gestión después de la jornada ordinaria y fines de semana, al generarse desorden y falta de cumplimiento de directrices giradas previamente para la utilización de las camas, teniendo que resolver ella situaciones fuera de su jornada laboral, que nadie puede o quiere atender.

1.2 Sobre el censo de camas, el registro en el Plan Presupuesto, y otros datos sobre la dotación de camas

Según el censo de camas efectuado el 12 de junio de 2019 en conjunto con la Dra. Mary Denisse Munive Angermüller, se determinó que en el servicio de Hematología había 3 camas ocupadas por el servicio de Nefrología, mientras que en el servicio de Oncología existía 1 utilizada por el servicio de Gastroenterología, así como otra que no se podía utilizar por estar un usuario en condición de aislamiento. En total, se contabilizaron 21 camas en el servicio de Hematología y 11 en el servicio de Oncología.



Por otra parte, según análisis del Plan Presupuesto 2018/2019, así como de datos y/o registros aportados por los doctores: Munive Angermüller, Luis Esteban Fonseca Jiménez, Pilar Chaverri Sáenz y Denis Landaverde Recinos, Asistente de la Dirección General, Médico Asistente General del Departamento de Hemato-Oncología, y jefaturas de los servicios de Hematología y Oncología, se determinó que en el Plan Presupuesto 2018/2019 no existen registros de dotación de camas para el servicio de Hematología, las cuales se registraron como un todo en el servicio de Oncología (42) y, además, se observó que existen diferencias sobre la dotación de camas según la fuente consultada, tal como se describe en el cuadro 2:

Cuadro 2
Hospital México
Servicios de: Hematología, Oncología y Cirugía General
Dotación de camas
Período: 2018, primer trimestre 2019

Servicio	Plan Presupuesto 2018/2019	Censo efectuado por la Auditoría el 12/06/2019	Lic. Carlos Rodríguez Carvajal Área de Estadística Junio 2019	Dr. Luis Esteban Fonseca Jiménez Abril 2019	Entrevistas a jefaturas de servicio Mayo 2019
Hematología	Sin dato	19 +3 camas ocupadas por Nefrología "invadidas". No se incluye Proyecto Daniel	12 No se incluye Proyecto Daniel	13 No se incluye Proyecto Daniel	18 No indicó si incluye Proyecto Daniel. No se incluye trasplante de Médula Ósea.
Oncología	42 (dotación fija para el 2018 y 2019) -	9 (+ 1 sin uso por aislamiento de la cama contigua, + 1 cama utilizada por Gastroenterología "invadida"). No se incluye Proyecto Daniel	10	10	14 Indicó que ocupan camas de otros servicios
Sección de Cirugía General	186 Dotación fija para el 2018 y 2019	-	178	178	-

Fuente: Plan Presupuesto 2018/2019, Censo de camas efectuada, Lic. Carlos Luis Rodríguez Carvajal, Encargado Área de Estadística, Dr. Luis Esteban Jiménez Alfaro, Médico Asistente General servicio de Hemato-Oncología, Dra. Pilar Chaverri Sáenz, jefe servicio de Hematología, Dr. Denis Landaverde Recinos, jefe servicio de Oncología.

La Sra. Maureen Solís Solís, Asistente Administrativa encargada de aspectos de planificación del hospital, sobre la ausencia de indicadores en el Plan Presupuesto 2018/2019 del servicio de Hematología, indicó lo siguiente:

“La herramienta del Plan Presupuesto, no tiene por separado los servicios que conforma el Departamento de Hemato-Oncología, no obstante, de parte de este Hospital se separó, pero solo los indicadores de consulta externa; en el caso de hospitalización tiene el dato de los 4 servicios. Esta es una situación que se está buscando corregir, pero debe ser a nivel central porque la herramienta no permite incluirle líneas, por lo que se limita nuestro accionar con el fin de mejorar los indicadores de este hospital.



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

Actualmente estamos en el proceso de formulación 2020-2021, y la herramienta se mantiene igual.

Se puede tomar en cuenta aspectos como actualizar la herramienta con nuevos indicadores y servicios, un ejemplo es el caso de oncología que tiene indicadores que están dentro de Medicina, dado que este servicio anteriormente pertenecía a medicina.

Por otro lado, la herramienta no contempla indicadores de la realidad hospitalaria, dado que han cambiado la producción y otros factores, por ejemplo, no tiene por separado la producción de oncología, radioterapia, Hematología y Medicina Paliativa”.

El Reglamento General de Hospitales Nacionales dispone, en el artículo 18, que:

“El Director es el funcionario con máxima autoridad en el establecimiento; es responsable de que éste realice en forma completa, continua, humana, oportuna y eficiente, la labor que le está encomendada; de mantener el orden y la disciplina del mismo y de obtener de su capital y su presupuesto el más efectivo rendimiento económico y social. En consecuencia, le corresponde especialmente:

1) En el orden técnico:

[...]

l) Velar porque en lo posible se mantenga inalterable el número de camas autorizado para el establecimiento. Sólo podrá hacer cambios permanentes en el número de camas con la autorización previa de la Dirección General de Asistencia Médico-Social.

2) En el orden administrativo

[...]

j) Hacer presente a las autoridades correspondientes las medidas que crea aconsejables para la mejor marcha del establecimiento o para la solución de aquellos problemas que excedan a sus facultades”.

El documento: “Gestión de camas hospitalarias (Destrezas para la utilización, distribución y rotación)”, en el apartado sobre “Camas Hospitalarias”, definiciones y conceptos básicos, establece lo siguiente:

- “Capacidad máxima de camas: Es el número de camas que, de acuerdo con las normas de espacio físico y recursos humanos y técnicos, podrían mantenerse en condiciones óptimas en el hospital.
- Dotación normal de camas (camas de planta capacidad actual): Es el número fijo de camas hospitalarias regularmente mantenido durante un periodo de operación normal



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

en áreas destinadas para el alojamiento y cuidado permanente de los pacientes internados. Podría ser menor, igual o mayor que la capacidad máxima de camas”.

Tal como se indicó, el servicio de Cirugía Oncológica es relativamente nuevo y, por esa razón, no se incorporan, hasta el momento, camas o indicadores individuales en el Plan Presupuesto del hospital; esto es importante debido a que la medición es imprescindible en la gestión, forma parte del proceso administrativo para planificar, establecer objetivos, controlar resultados y tomar decisiones.

Los aspectos de control interno descritos en los puntos 1.1 y 1.2 generan oportunidades de mejora en la gestión del recurso cama hospitalaria para los servicios de Hematología, Oncología y Cirugía Oncológica, que pueden permitir optimizar aún más el uso de las camas, para beneficio de los pacientes que así las requieren.

2. SOBRE LA ESTRUCTURA FUNCIONAL PARA LA DOTACIÓN DE CAMAS

En concordancia con lo señalado en el hallazgo 1, según las opiniones emitidas por los doctores: Susan Soto Pernudi⁴, Pilar Chaverri Sáenz, Denis Landaverde Recinos, Munive Angermüller, Marco Vinicio Williams González y Herman Barquero Melchor, jefes de los servicios de Cirugía Oncológica, Hematología y Oncología, del Departamento de Hemato-Oncología y servicio de Cirugía Oncológica respectivamente, falta uniformar criterios en cuanto a la definición idónea de la estructura funcional para la dotación de camas de esos servicios; es decir, considerar aspectos referentes a la separación de camas del servicio de Cirugía General y Oncológica, redistribuirlas o asignarlas a las Unidades Funcionales existentes que dependen del Departamento de Hemato-Oncología.

La Dra. Soto Pernudi, sobre la consideración de si debería separarse el servicio de Cirugía Oncológica del servicio de Cirugía General, en relación con la asignación de camas, señaló:

“Dentro del plan que se tiene es que se trabaje por Unidades Funcionales GIT, el plan a un futuro sería que esas unidades sean independientes. Yo considero que sí debería separarse como está establecido en el Modelo Funcional para la creación de los departamentos de Hemato Oncología en los hospitales nacionales. Se debe hacer una redistribución de camas”. El subrayado es nuestro

La Dra. Chaverri Sáenz indicó:

“La demanda sobrepasa la capacidad instalada siempre, pero está bien subsanada por la gestión que realiza la Comisión de Camas porque al final se trata de dar prioridad a los pacientes hemato-oncológicos. Esto genera lista de espera para internar los pacientes y hemos tenido casos de 30 pacientes internados y esto no es adecuado porque son pacientes que se internan para quimioterapia y el manejo es especializado. Existe una Comisión Gestora de Camas que es la que coordina los internamientos y la asignación de

⁴ Cuando se le entrevistó estaba nombrada como jefe a.i. del servicio de Cirugía Oncológica



camas en el hospital. Se lleva un control interno de la asignación de camas todos los días. Sobre la disponibilidad y asignación de camas se limitó la injerencia, porque esto depende de lo que decida la Comisión y de las necesidades que tenga el hospital. El resaltado y subrayado es nuestro

Las camas con las que cuenta en servicio en hospitalización no están bien ubicadas para el concepto de aislamiento que requiere el paciente hemato-oncológico y esto genera un aumento en las estancias en relación con infecciones de los pacientes e incluso podría afectar el índice de mortalidad, deberían estar ubicadas en salones de aislamiento para prevenir las infecciones generadas por manipulación de pacientes”.

Por su parte, el Dr. Landaverde Recinos, sobre la revisión adecuada y periódica de la asignación de camas en el servicio de Oncología y sí existen problemas, señaló:

“Si. Esto lo hace la Dirección Médica y está a cargo de la Dra. Mary Munive. De hecho, en algún momento nos bajaron a 9 camas para equipararnos con otros servicios.

Resulta que normalmente tenemos entre 16 y 22 pacientes internados y esas camas no son suficientes, entonces mediante coordinación con la Comisión Gestora de Camas del hospital se nos asignan más camas de otros servicios del hospital, como, por ejemplo; Medicina Interna, o incluso Hematología, de esto resulta que el % de ocupación del servicio sea mayor al 100% siempre, y el de esos servicios a los que se les pide camas sea inferior a ese %. El subrayado es nuestro

Sí existen problemas o inconvenientes en el servicio de Oncología Médica con la asignación o disponibilidad de camas estructurada en el área de hospitalización En este momento estamos ocupando camas de otros servicios y le estamos aumentando la lista de espera para ingreso de los pacientes de Consulta Externa de otras especialidades por falta de cupo, especialmente a Medicina Interna. La situación está relacionada con el tiempo de hospitalización que es bastante prolongado que también disminuye la capacidad de ingreso de pacientes por el servicio de Emergencias, lo cual es grave porque son pacientes que requieren ser internados de emergencia. El subrayado es nuestro

Al expandirnos estamos afectando las capacidades de ingreso de emergencias y de consulta externa de otros servicios.

Hay dos aspectos importantes a considerar para lograr efectividad en la gestión de camas:

1. Apoyo y aseguramiento del nombramiento de un Médico General en actividades relacionadas con los trámites de egresos y asuntos clínicos no especializados, actualmente contamos con un nombramiento no fijo que puede ser por vacaciones, incapacidades, pero eso en cualquier momento se puede terminar, es importante contar con ese recurso para agilizar el egreso de los pacientes.



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

2. Apoyo con el nombramiento de un médico internista para manejo de complicaciones de salón médicas en forma rápida y poder brindar tratamientos ambulatorios antibióticos para no mantener tantos días al paciente internado. Actualmente no contamos con ese recurso y es una gestión que debe realizar el jefe del Departamento, se han realizado las gestiones, pero no ha sido posible obtener ese apoyo fundamental para el servicio". El subrayado es nuestro

La Dra. Munive Angermüller, en referencia a la estructura funcional establecida para la dotación de camas, la asignación de un número fijo y la ubicación física en áreas específicas señaló:

"La capacidad instalada de dotación de camas es insuficiente en relación con la infraestructura y la demanda de ese recurso. Actualmente se ha ido mejorando en cuanto a la organización y proceso de gestión para optimizar el recurso existente, lo que ha llevado al hospital a un 100% de ocupación lo que es peligroso.

Cada servicio se mueve según la necesidad que tenga. La propuesta a futuro sería que Oncología tenga su propia torre oncológica sin mezclarse con los otros pacientes. Se debe de generar la propuesta de ampliar la infraestructura existente y dar una adecuada respuesta a las necesidades del Departamento de Hemato-Oncología.

La infraestructura del hospital está condicionada a una capacidad de camas y ya no hay para donde se pueda ordenar. Se han realizado esfuerzos por mejorar esta distribución, pero en las condiciones actuales es difícil poder sacar de donde no se tiene. Se han propuesto zonas que, remodeladas, darían respuesta a nuevas dotaciones, pero estas remodelaciones dependen de que lo que se encuentra en ese lugar se traslade a otro lugar o se construya, por lo que no son soluciones a corto o mediano plazo. Por el momento la distribución, así como la ubicación de los pacientes responde a las necesidades de hospitalización de los servicios de acuerdo con la demanda presentada.

La correlación entre la producción quirúrgica y la distribución de camas se hizo a inicios del presente año para evaluar la potencial afectación que se tendría con la apertura de nuevas salas y la dotación de camas actual. El número de camas demostró ser menor al requerido". El subrayado es nuestro

El Dr. Williams González refirió lo siguiente en relación con la estructura funcional actual de asignación de camas:

"Existe una revisión mensual de todos los servicios del departamento de Hematología. Esa asignación de camas considero que está bien. En la evaluación que se hace de cada año se ha ido quitando camas y trasladando a otros servicios que las necesitan de acuerdo con la ocupación y necesidad de cada servicio. El subrayado es nuestro

Consultado el Dr. Williams González sobre si es necesario y conveniente que el servicio de Cirugía Oncológica cuente con una asignación propia de camas, refirió:



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

“Si. Son importantes para la priorización de las cirugías oncológicas pendientes, una forma de poder priorizar y atender a un paciente de la manera más integral, oportuna y con los criterios de calidad necesarios”.

Por su parte, el Dr. Barquero Melchor considera que:

“Eso depende del director del hospital y de los diferentes gestores que él ha nombrado. En mi criterio y ante el déficit de camas que tiene el hospital, el modelo de asignación de camas por demanda es un modelo apropiado. Debe de haber una gestión dinámica que está asociada con las necesidades funcionales de cada servicio en cada momento.

Considero que las camas no deberían estar asignadas al servicio de Cirugía General ni a Cirugía Oncológica y que deberían estar a disposición de las Unidades Funcionales.

Funcionalmente formamos parte de las Unidades Funcionales del hospital, mi persona en la Unidad de Patología Mamaria, Susan Soto en la de Gastrointestinal y Tejidos Blandos y Melanoma, Alí Álvarez en la Unidad de Trasplante Hepático y Cirugía Hepatobiliar y Esteban Mora en la de Tejidos Blandos y Melanoma y en la de Cirugía Endocrina.

Los problemas no vienen por el servicio al que están asignadas las camas. Eso es ver el problema de manera equivocada. El problema es que no hay suficientes camas para la producción de cirugías suficiente para suplir las necesidades de los pacientes”. El subrayado es nuestro

El Modelo Funcional y Organizacional del Departamento de Hemato-Oncología en los Hospitales Nacionales Generales y Hospital Nacional de Niños dispone, sobre la “Estructura por Procesos”, lo siguiente:

“Define los procesos y subprocesos de trabajo a implementar de los cuales se deriva el conjunto lógico de actividades que se deben realizar, para transformar los insumos y obtener productos y servicios con un valor agregado, que satisfagan los requerimientos de los usuarios y de la Institución.

Mediante el diseño de la estructura por procesos y la correspondiente definición de las actividades sustantivas, se establecen las responsabilidades laborales, se facilita, entre otros aspectos, la asignación y el uso de los recursos, se racionaliza la burocracia, los costos administrativos, se evitan las estructuras paralelas y la duplicidad funcional en la organización”.

Según se desprende del Acta de Reunión del 4 de marzo de 2019 (ver anexo 1) liderada por el Dr. Williams González con la participación de las diferentes jefaturas del Departamento de Hemato-Oncología, así como de Cirugía, con el objetivo de analizar la lista de espera quirúrgica, el Dr. Gustavo Jiménez Ramírez, jefe del servicio de Cirugía General realizó el siguiente comentario, relacionado



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

con las “Unidades Funcionales” mencionadas por la Dra. Soto Pernudi, que dificultaría la identificación de usuarios en lista de espera por la forma de registro en dichas Unidades:

“...con la implementación del sistema ARCA existen pacientes en lista de espera que no se pueden categorizar en ninguna Unidad Funcional, por lo cual considera necesario analizar con detenimiento los pacientes que se encuentran en espera”. El subrayado es nuestro

Sobre los problemas de capacidad instalada de camas que tiene el hospital México, la Dra. Mary Denisse Munive Angermüller, mediante el oficio DGHM-3703-2017, del 17 de noviembre de 2017, le indicó lo siguiente al Dr. Douglas Montero Chacón, Director General, relacionado con el “Resumen ejecutivo de reunión realizada el 15 de noviembre del 2017 para la definición de Proyecto de Redistribución de Camas: Hemato-Oncología y Medicina Interna (Ala Hemato-Oncológica)”:

“Problemática:

1. Centralización de Servicios en el Hospital México: No hay resolución de patología hemato oncológica en la red de servicios, por lo que se genera una creciente demanda del servicio, en este contexto, en hospitalización. (Dra. Mary Munive)
2. Complicaciones en la colocación de tratamientos quimioterapéuticos por el re cambio del personal y la dispersión de los pacientes, además de las infecciones por la distribución de los pacientes junto con otros de diversas especialidades. (Dra. Mary Munive)⁵ El subrayado es nuestro
3. Crecimiento exponencial, desproporcionado y desorganizado del paciente con patología hemato oncológica. (Dr. Denis Landaverde)

Oportunidades de Mejora:

1. Crecimiento de la patología oncológica impulsa la organización de los servicios en donde la centralización del manejo del paciente (oncológico) ayudaría a mejorar su manejo. (Dra. Marjorie Obando)
2. Especialización del manejo de la patología hemato oncológica en el personal de enfermería requerida para una mejor atención del paciente y evitar complicaciones sobre todo en la aplicación incorrecta de medicación. (Dr. Denis Landaverde). El subrayado es nuestro

Debilidades del proyecto:

1. Jefaturas de servicio de medicina no están de acuerdo con el proyecto. (Dr. Julián Peña)
2. Departamento de Medicina Interna no está de acuerdo con la pérdida de camas. (Dr. Julián Peña).

⁵ Según consulta realizada al Dr. Fernando Avendaño Alvarado, jefe de la Sección de Cirugía del hospital San Juan de Dios, los pacientes oncológicos están en una ala o sección aparte, y solo en casos de emergencia como por ejemplo que se realice una remodelación, se combinan usuarios con otros servicios, pero se tiene el cuidado de ubicarlos en cubículos separados con personal especializado a cargo.



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

3. La docencia impartida por el departamento de Medicina Interna se verá afectada debido a la disminución de pacientes. (Dr. Julián Peña)
4. Tener a todos los pacientes hemato oncológicos en una sola ala hospitalaria provocaría una mayor carga de trabajo para el personal de enfermería por la colocación de quimioterapias. (M. Sc. Silvia Beirute)
5. Se exponen a problemas con la pérdida de la privacidad poniendo en riesgo la seguridad del paciente como derecho del usuario y a demandas teniendo a hombres y mujeres en una misma ala hospitalaria. (M. Sc. Silvia Beirute)
6. No hay posibilidad de brindarle lo que necesita el paciente hemato oncológico si su atención se centraliza en una sola ala. Necesidades: Guardias (médicos oncólogos-hematólogos), cuidados de enfermería, recurso médico, baños diferenciados. (Dr. Denis Landaverde).

Propuestas:

1. Mayor personal de enfermería para el cuidado del paciente. (Msc. Silvia Beirute)
2. Presentación de Proyecto de Edificio Hemato-Oncológico. (Dra. Melissa Mendoza)
3. Mayor dotación de camas ampliando el Hospital o la Torre Hospitalaria (Msc. Silvia Beirute).

Conclusión:

Por parte de los Departamentos de Medicina, Departamento de Hemato-Oncología y el Servicio de Enfermería se discute que la propuesta no es factible de implementarse con las debilidades presentadas”.

También, es importante hacer referencia al oficio DGHM-0925-2019, del 14 de marzo de 2019⁶, mediante el cual el Dr. Montero Chacón le solicitó al Dr. Roberto Cervantes Barrantes, Gerente General, el “Ingreso de Proyecto de Hospital de Día Polivalente en el Hospital México”, citando como justificantes los siguientes elementos:

“...los Hospitales enfrentamos una gran demanda de pacientes proveniente del Servicio de Emergencias, que es difícil de internar debido al déficit de camas hospitalarias. Lo anterior aunado a los costos elevados de la hospitalización, las listas de espera en las diversas especialidades, la insuficiente infraestructura hospitalaria, hace difícil satisfacer las necesidades de los pacientes y sus familias.

Múltiples esfuerzos se han realizado para compensar esas debilidades tales como la implementación de un equipo gestor de camas, que, entre otras funciones, ubican a los pacientes por prioridades, analizan los indicadores de producción hospitalarios, establecen medidas correctivas a fin de optimizar el recurso de cama hospitalaria existente. No obstante, siempre es insuficiente el recurso cama, por lo que se requiere implementar

6 Según consulta realizada a la Dra. Karla Solano Durán, Asesora de la Gerencia Médica, el documento fue remitido a la Dirección de Proyección de Servicios de Salud para ver factibilidad y viabilidad, y está pendiente el resultado.

AI-ATIC-F001 (Versión 1.0) - Página 17 de 64

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”



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

otras estrategias parahospitalarias, que movilicen al paciente, sin descuidar la calidad de atención.

En este proceso de evaluación continua de los servicios y búsqueda de alternativas y ante el aumento en la capacidad quirúrgica se ha planteado la necesidad de conformar un Hospital de Día Polivalente que llegue a brindar en concordancia con otros proyectos en ejecución, una solución integral a la problemática antes planteada.

[...]

lo aquí expuesto es una propuesta, que debe ser validada por la Dirección de Planificación de Servicios de Salud de la Gerencia, por lo que respetuosamente solicitamos que este proyecto sea valorado por dicha Dirección, en conjunto con nuestros funcionarios, a fin de adecuarlo a la política Institucional, y asegurarnos de brindar un nuevo Servicio ajustado a las necesidades reales, y de ser posible luego pase al Portafolio Institucional”.

La Dra. Munive Angermüller, consultada sobre la importancia del proyecto propuesto de Hospital de Día para el hospital México, señaló:

“En la actualidad, buscar modalidades ambulatorias para el manejo de patologías ha demostrado disminuir incidencia de infecciones, complicaciones nosocomiales, así como los costos hospitalarios. Se realizó un estudio el cual evidencia que tenemos una población dentro del hospital que utiliza inadecuadamente diversas modalidades de atención (emergencias, consulta externa, hospitalización) en procesos que son propiamente del manejo de un Hospital de Día. Esta población se vería beneficiada de una iniciativa como ésta mejorando el flujo de pacientes y ambulatorizando procesos”.

La Dra. Karla Solano Durán, Asesora de la Gerencia Médica, consultada sobre la gestión realizada al documento señalado (DGHM-0925-2019), indicó:

“se envió a la “Dirección de Proyección de Servicios de Salud para ver la factibilidad y viabilidad del mismo, pendiente el resultado, como proyecto es ambicioso y tendríamos que buscar recursos para su sostenibilidad”.

Las condiciones de la infraestructura del hospital México y la creciente demanda de servicios de alta complejidad, por factores ya conocidos, como el de envejecimiento de la población, aumento de casos de cáncer y accidentes de tránsito, hace que la oferta o capacidad instalada sea insuficiente para brindar una atención de calidad centrada en la persona como eje principal en la prestación de los servicios de salud.

Eso combinado con el modelo de organización que se tiene de los servicios de “Cirugía General-Cirugía Oncológica”, Hematología y Oncología, puede estar afectando la gestión de camas, citando como aspectos relevantes, el que no se logre optimizar el flujo normal de pacientes que están hospitalizados, o que se presenten limitaciones en cuanto a coordinaciones para su atención por la



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

invasión de camas de otros servicios, falta de recurso humano, o de la presencia de barreras físicas en relación con la ocupación de cubículos para usuarios que requieren aislamiento por su condición de salud, aspectos que dificultarían el egreso oportuno de pacientes, con los consecuentes costos económicos por día cama ocupado.

3. SOBRE LA OCUPACIÓN DEL CUBÍCULO 5-30-02⁷ POR PARTE DEL SERVICIO DE GASTROENTEROLOGÍA

Esta Auditoría comprobó, en el censo de camas efectuado, que en el área de Hospitalización del servicio de Hematología, el cubículo 5-30-02 diseñado para ubicar camas, se encuentra ocupado con un equipo médico y diversos accesorios para realizar procedimientos endoscópicos que pertenecen al servicio de Gastroenterología; lo anterior, ante el desalojo que sufrió desde junio de 2018 ese servicio del área de Consulta Externa, por trabajos de remodelación que fueron interrumpidos debido a aspectos legales y contractuales, con la esperanza de que la nueva contratación fructifique y se puedan recibir las obras en agosto del 2020, aspecto que empeora la capacidad instalada de camas del servicio de Hematología y/o de Oncología, por la forma en que se utilizan las camas.

Según los documentos aportados por el Dr. William Piedra Carvajal, jefe del servicio de Gastroenterología del hospital México, el citado recinto no reúne las condiciones mínimas, ni es apropiado para realizar ese tipo de procedimientos diagnósticos, por ser un cubículo ubicado en un área para la hospitalización de pacientes, debido al hacinamiento y los riesgos existentes que comprometen la seguridad de los usuarios, del personal especializado y técnico durante la realización de los procedimientos endoscópicos.

Uno de los documentos aportados es el oficio CPCIIH-HM-046-2018, del 3 de agosto de 2018, suscrito por el Dr. José Antonio Castro Cordero y la M. Sc. Damaris Orias Anchía, Coordinador y Enfermera del Comité de Prevención y Control de Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud del hospital México, y dirigido a los doctores: Douglas Montero Chacón, Silvia Beirute Bonilla, Julián Peña Varela, Carmen Yadira Alvarado Viales y William Piedra Carvajal, Director General, Directora de Enfermería, jefe servicio de Medicina, jefe del área de Enfermería del servicio de Medicina, y jefe del servicio de Gastroenterología, relacionado con la emisión de un informe de las condiciones en que se brinda la atención de usuarios en dicho cubículo de Hospitalización, citando, entre otros aspectos, los siguientes:

- ✓ Espacio hacinado, poca ventilación, sin aire acondicionado, la camilla debe colocarse de lado ante la cantidad de objetos que hay.
- ✓ En el mismo recinto se realiza el procedimiento de lavado y la desinfección de alto nivel del endoscopio, generándose un gas que podría ser tóxico.
- ✓ Cortina antibacterial sucia y cielorraso muy deteriorado.
- ✓ Mal manejo de insumos limpios y estériles, el jabón líquido bactericida y desinfectantes vencidos y en contacto con el piso sucio, junto al basurero, el recipiente para depositar punzo cortantes, así como dos galones con un líquido transparente, uno sin tapa.

⁷ Piso 5, cubículo 30, cama 2, pertenece al servicio de Hematología.





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

- ✓ Una misma piletta para el lavado de manos y equipos.
- ✓ Recipiente con contenido y sin: identificación, fecha de preparación y tapa, utilizado para sumergir el endoscopio y realizar la limpieza.
- ✓ Máquina de anestesia muy sucia y sobre ella varios objetos.
- ✓ Almacenamiento de insumos y materiales sin ninguna técnica de asepsia, revuelto lo limpio y estéril.

Además, en el citado oficio se proponen las recomendaciones respectivas, orientadas a mejorar la funcionalidad de ese recinto, con el fin de administrar y controlar los riesgos identificados, concluyendo que:

“...de mantenerse las condiciones actuales de la Unidad, se tendrá que solicitar el cierre de la misma para evitar poner en riesgo a los pacientes y al personal de salud”.

En un correo electrónico del 17 de agosto de 2018, el Dr. Piedra González le informó a la M. Sc. Orias Anchía, sobre las dificultades que se han enfrentado en ese cubículo, citando como ejemplo la siguiente:

“... la localización en mención no reúne las condiciones óptimas para realizar procedimientos endoscópicos, e incluso como ejemplo de lo mencionado, le comento que recientemente se atendió una emergencia con un paciente que entró en PCR, y la situación fue realmente difícil por la dificultad de espacio. Por supuesto se tratará de implementar las medidas correctivas ..., pero le anoto que la situación de la ubicación trasciende la decisión de esta jefatura y compete enteramente a la dirección”.

Otro documento aportado por el Dr. Piedra González está relacionado con las actividades que realiza la “Unidad de Salud Ocupacional del hospital México”, quienes efectuaron el 7 de noviembre de 2018, una “Evaluación de condiciones de salud y seguridad en área de trabajo”, indicando, con respecto a los riesgos, lo siguiente:

“Es importante destacar que los riesgos mencionados anteriormente, se encuentran en un Nivel de Riesgo INTOLERABLE SIC, lo que indica que no se debe comenzar ni continuar el trabajo hasta que se reduzca el riesgo. Si no es posible reducir el riesgo, deberá prohibirse el trabajo”.

El documento más reciente aportado es un correo electrónico del 4 de marzo de 2019, mediante el cual el Dr. Piedra Carvajal le reitera al Dr. Peña Varela, la situación de los escenarios que han impactado en forma negativa al servicio de Gastroenterología, citando, entre varios aspectos, el siguiente:

“Sala inadecuada del quinto piso para emergencias, misma que nos limita a uno o dos procedimientos máximo para realizarse a nivel hospitalario.

[...]



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

Ante un panorama tan sombrío y sin tomar en cuenta las referencias de pacientes que llegan a diario, en promedio 60%, le manifiesto que esta jefatura no puede afrontar esta responsabilidad en forma individual”.

Además, el Dr. Piedra Carvajal, a solicitud de esta Auditoría, señaló:

“Le comento que efectivamente cuando se dio el desalojo de los cubículos dispuestos en la sala 4 (Consulta Externa) el año anterior, fuimos ubicados en el quinto piso, porque no existía en ese momento otro lugar donde ubicarnos, y ese sitio fue el único disponible en su momento.

Dicho lugar no cumple con las medidas adecuadas para atención de pacientes de emergencias y tampoco para adecuado lavado de equipo, razón por la que se ha reducido su utilización a lo mínimo posible, trasladándose la mayoría al edificio anexo. Esta situación [...] se va a mantener hasta agosto del 2020, momento en que se espera esté remodelado el servicio de gastroenterología”.

Esta Auditoría le consultó a la M. Sc. Orias Anchía sobre la situación actual de ese cubículo, así como el seguimiento efectuado por parte del Comité de Prevención y Control de Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud al informe emitido, citando, al respecto, lo siguiente:

“...ese cubículo es toda una problemática, nosotros dimos las recomendaciones del caso a la Dirección General y a la Jefatura del Servicio de Gastroenterología, al parecer se hicieron las mejoras en el manejo de ese cubículo; sin embargo, todavía ese cubículo no cumple con las condiciones apropiadas para llevar a cabo:

1. La atención al paciente (la camilla queda atravesada).
2. La movilización adecuada del personal (queda un espacio muy pequeño ya con la camilla dentro).
3. Realizar el proceso lavado, la desinfección y el secado del endoscopio. (No hay extractores no hay áreas separadas para colocar las bandejas con el equipo sucio, el equipo limpio y para secar el endoscopio, hay una sola pileta en la cual se realiza el lavado de manos y el lavado del equipo).
4. Almacenamiento de material (No existen vitrinas cerradas).
5. El hacinamiento es muy grande y el riesgo de contaminación de los insumos, el equipo, el personal es alto.
6. La seguridad del paciente se ve comprometida.



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

Por parte del Comité se logró desarrollar una capacitación a todos los técnicos en Gastroenterología y personal de enfermería, en temas relacionados con la Prevención y el Control de las Infecciones Intrahospitalarias, entre ellos (Epidemiología de las Infecciones, Lavado de manos, colocación y retiro adecuado del equipo de protección personal, técnicas de aislamiento, uso y manejo de antisépticos y desinfectantes, proceso de lavado y desinfección del endoscopio). Se está tratando de coordinar una capacitación para el personal médico.

Cabe mencionar que por falta de tiempo y las múltiples actividades, en lo que va de este año el Comité no ha podido realizar ninguna evaluación al respecto en ese cubículo”.

La Ley General de Control Interno dispone en el artículo 12, sobre los “Deberes del jerarca y de los titulares subordinados en el sistema de control interno”, lo siguiente:

“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.
- c) Analizar e implantar, de inmediato, las observaciones, recomendaciones y disposiciones formuladas [...] y las demás instituciones de control y fiscalización que correspondan. [...].”

El Reglamento General de Hospitales Nacionales dispone, en el artículo 18, que:

“El director es el funcionario con máxima autoridad en el establecimiento; es responsable de que éste realice en forma completa, continua, humana, oportuna y eficiente, la labor que le está encomendada; de mantener el orden y la disciplina del mismo y de obtener de su capital y su presupuesto el más efectivo rendimiento económico y social. En consecuencia, le corresponde especialmente:

[...]

1) En el orden administrativo

[...]

- j) Hacer presente a las autoridades correspondientes las medidas que crea aconsejables para la mejor marcha del establecimiento o para la solución de aquellos problemas que excedan a sus facultades”.

Lo descrito tiene, al menos, dos connotaciones que limitan la eficiente prestación de los servicios de salud a los usuarios del hospital México: por un lado, se incrementan los riesgos de seguridad para los usuarios en la realización de los estudios de diagnóstico, y también para el personal de



salud; así como la presencia de dificultades en la gestión y cumplimiento de objetivos del servicio de Gastroenterología y, por otro lado, que es el tema de interés del presente estudio, se suprimen camas de internamiento de un cubículo destinado al servicio de Hematología para instalar un equipo y realizar procedimientos endoscópicos con un alto grado de materialización de riesgos, según las situaciones expuestas, afectándose el flujo de usuarios al área de Hospitalización para que se realice una cirugía, exámenes diagnósticos o aplicar procedimientos médicos que requieran hospitalización.

4. SOBRE LA LISTA DE ESPERA DE PACIENTES CON ORDEN DE INTERNAMIENTO

En vista de las dificultades que tienen los servicios de Oncología y Hematología del hospital México en cuanto a capacidad instalada de camas, se comprobó la existencia de una lista de espera de pacientes con Orden de Internamiento que han sido atendidos en el servicio de Consulta Externa o remitidos con referencia de otros hospitales de la red y, por la limitante de camas, se incorporan a una lista de espera para ser considerado su ingreso en el momento que se tenga disponibilidad, tal como se observa en el cuadro 3:

Cuadro 3
Hospital México
Lista de espera de pacientes con Orden de Internamiento
Servicios de Hematología y Oncología
Al 6 de junio de 2019

Oncología					
Nombre usuario	Cédula	Diagnóstico	Dirección	Fecha de la orden	Días espera
CHV	5013603xx	Ca gástrico	Nicoya	27/05/2019	10
SMM	1051604xx	Ca gástrico avanzado	Tibás	28/05/2019	9
PCH	2061605xx	Ca recto	Atenas	28/05/2019	9
CVM	9003604xx	Adenocarcinoma gástrico	Tibás	30/05/2019	7
HMM	2050701xx	Ca gástrico	San Carlos	03/06/2019	3
SCJ	1039711xx	Ca gástrico	Uruca	03/06/2019	3
Oporta NIO Ulrre	19301045xx	Ca colon	Tibás	04/06/2019	2
SAJ	8012308xx	Ca esófago	Tibás	06/06/2019	0
Hematología					
ECT	9008308xx	LLC	Guanacaste	21/05/2019	16
RSJ	1072709	LNH	Heredia	27/05/2019	10
GRYG	20818002xx	LDCB	San Carlos	29/05/2019	8
MCY	2084600xx	LDCB	San Ramón	29/05/2019	8
BCG	6017201xx	LLA	Quepos	03/06/2019	3
RRA	1058302xx	Linfoma difuso	Palmares	03/06/2019	3
ASA	2031500xx	Linfoma	Alajuela	04/06/2019	2
NCM	5013902xx	LNH folicular	Nicoya	04/06/2019	2
HRE	2080506xx	Linfoma	Palmares	06/06/2019	0
COST	2066304xx	Linfoma	San Carlos	06/06/2019	0

Fuente: Dr. Luis Esteban Fonseca Jiménez, Médico Asistente General Departamento Hemato-Oncología

Se puede observar que existen usuarios con Orden de Internamiento que tienen patologías cancerígenas, esperando una cama en el servicio de Oncología -hasta por 10 días-, y del servicio de Hematología de -16 días-.



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

En el reporte suministrado por el Dr. Fonseca Jiménez del día siguiente -7 de junio de 2019- existían dos citas para los siguientes usuarios detallados en el cuadro 3: una para CVM -8 días de espera-del servicio de Oncología, cédula de identidad 9003604xx, quien para ese día todavía estaba esperando una cama de hospital, referente a: “No se interna porque no se libera cama”, y otra para NCM -3 días de espera-, del servicio de Hematología, cédula de identidad 5013902xx relacionado con lo siguiente: “No se interna porque no hay medicamento”.

La Ley de Deberes y Derechos de las Personas Usuarías de los Servicios de Salud Públicos y Privados, establece, en el artículo 2 sobre “Derechos”, que el paciente tiene derecho a: e) Recibir atención médica con la eficiencia y diligencia debidas”.

La situación descrita que limita el ingreso de usuarios a las área de Hospitalización, más lo que a continuación se describe referente a usuarios ubicados en el servicio de Emergencias esperando una cama, evidencian las dificultades que enfrentan diariamente los servicios de Hematología y Oncología para gestionar oportunamente las camas, así como de afectación del servicio oportuno que se debe prestar a los usuarios por parte de un hospital general de tercer nivel de atención, ideado para resolver las patologías más complejas, como el cáncer en sus distintas manifestaciones.

5. SOBRE LOS USUARIOS DE CONSULTA EXTERNA REFERIDOS AL SERVICIO DE EMERGENCIAS CON ORDEN DE INTERNAMIENTO

El 12 de junio de 2019 se efectuó una revisión en el servicio de Emergencias, con el Dr. Ricardo González Campos, jefe, relacionada con la permanencia de usuarios en ese servicio, remitidos del servicio de Consulta Externa -Hematología y Oncología⁸-, los cuales contienen Orden de Internamiento, comprobándose la permanencia de pacientes del servicio de Hematología mientras se desocupa una cama y exista disponibilidad de ingreso al área de Hospitalización.

Esa consulta efectuada, más una revisión solicitada a la Sra. Ana Isabel Arce Montero, secretaria del servicio de Hematología, permitieron comprobar que sí se realizan envíos de usuarios atendidos en la Consulta Externa hacia el servicio de Emergencias, como medio o alternativa previa de internamiento, tal como se observa en los siguientes casos:

⁸ De este servicio no se logró determinar el envío de usuarios de la Consulta Externa al servicio de Emergencias.



Cuadro 4
Hospital México / Servicio de Hematología
Usuarios de Consulta Externa enviados al servicio de Emergencias
como medio previo de internamiento
Período: Abril y Junio de 2019

Nombre usuario	Cédula	Edad	Diagnóstico	Tiempo de permanencia en el servicio de Emergencias
MMU	2023105xx	74	CID crónica Bicitopemia	6 días, 9 horas, 28 minutos
RSB	4010804xx	64	Linfoma Burkitt	6 días, 49 minutos
ORSR	5008309xx	80	Síndrome Mieloproliferativo o disnea en estudio	3 días 2 horas, 12 minutos
JHC	6042606xx	23	OBS LLA/Linfoma	1 día, 2 horas, 55 minutos
ZVB	5008309xx	68	Linfoma difuso de células b grandes	19 horas 46 minutos

Fuente: Jefatura servicio de Emergencias, secretaria del servicio de Hematología

Se observa cómo han permanecido hasta 6 días, 2 usuarios del servicio de Hematología en el área de Emergencias esperando una cama de hospital, -MMU y RSB-, aspecto que agrava la situación del servicio de Emergencias del hospital México, con la plétora de pacientes, y se desvirtúa la función sustantiva de ese servicio, tal como lo señaló el Dr. González Campos.

En el Perfil Funcional Servicios de Emergencias de Hospitales, se hace referencia al fundamento legal establecido en algunos artículos del Reglamento General de Hospitales Nacionales, y para efectos de este análisis, se cita lo siguiente:

“Artículo 60. En todos los hospitales habrá asistencia médica continua, que estará a cargo del servicio de emergencias.

Serán servicios de emergencia aquellos que presten atención permanente e impostergable durante las 24 horas del día y en los cuales se encuentre por lo menos un profesional disponible y que atenderán no sólo las emergencias que surjan entre los enfermos hospitalizados, sino también las de origen extrahospitalario, a cualquiera hora del día”.

(...) Artículo 62. El Servicio de Emergencias tiene por objeto:

- a) La atención integral e inmediata, sin discriminación alguna, de enfermos que por accidente o enfermedad lleguen al establecimiento y cuya atención no pueda ser postergada.
- b) La recepción y el inicio de la atención de los enfermos que necesiten hospitalizarse en horas distintas de las del funcionamiento de la Consulta Externa.



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

c) La observación, vigilancia técnica y atención profesional de los enfermos hospitalizados, (...), cuando el curso de la enfermedad lo requiera, por complicaciones, accidentes u otros imprevistos en su evolución”. El subrayado es nuestro

En el apartado 5.1 de dicho documento, relacionado con la “Conceptualización de los Servicios de Emergencias”, se indicó:

“A nivel de la Caja Costarricense de Seguro Social, la propuesta de Fortalecimiento de la Prestación de Servicios de Salud define la consulta de emergencias como” “... la atención no programada cuyo objetivo es dar respuesta rápida a las necesidades de prestación de servicios de salud de los usuarios que acuden al establecimiento de salud, por un evento agudo en grado variable de severidad”.

El Dr. Douglas Montero Chacón, Director General del hospital México, mediante correo electrónico del 17 de julio de 2016, instruyó varios aspectos a las respectivas jefaturas de servicio, entre ellos el siguiente:

“1. Envío de pacientes de la Consulta Externa a Emergencias u Hospitalización
Cuando se desea enviar un paciente de la CONSULTA EXTERNA sic a EMERGENCIAS sic, estos SIEMPRE sic deben coordinarse y comunicarse directamente con la Jefatura del Servicio de emergencias o quien esté a cargo. El médico de emergencias será quien acepte el paciente o caso necesario le oriente para internar directamente (se podrá coordinar con gestor de camas).

Todo paciente aceptado al Servicio de emergencias deberá enviarse con la adecuada referencia sobre el caso clínico, así como las indicaciones iniciales para el manejo.

Si el paciente es para INTERNAR, lo ideal es que el mismo pase directo a cama, previa coordinación con el gestor de camas (Jefatura de Medicina en este momento), y debe llevar la orden de internamiento y referencia con plan de tratamiento.

Pueda ser que no haya campo para internar, por lo que el paciente se manda a Emergencias, previa coordinación, con la orden de internamiento, y la referencia con las indicaciones para el internamiento, aunque inicialmente se queda en Observación de Emergencias. Luego se le dará prioridad para internar por el gestor de camas”.

El Dr. González Campos, consultado sobre la situación que se presenta en el servicio de Emergencias con esos casos, refirió lo siguiente:

“Se da un cambio en la función sustantiva del servicio de Emergencias al estar atendiendo referencias internas de pacientes cuya principal condición es un trámite de cama pendiente por Consulta Externa. Existe riesgo biológico, plétora, hacinamiento y posible desplazamiento de algún paciente propio del servicio de Emergencias, por no poder ubicarlo en una cama disponible.



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

También se presentan casos de traslados de pacientes de los hospitales de la red utilizando al servicio de Emergencias como puerta de acceso, lo cual no debería ser y hacerse el traslado de hospital a hospital mediante la gestión de cama hospitalaria".

La Dra. Munive Angermüller, sobre el envío de pacientes de la Consulta Externa hacia el servicio de Emergencias, como medio previo de internamiento, indicó:

"Esto se produce por 2 razones: 1). La priorización: pacientes del servicio de emergencias son priorizados para su ingreso a hospitalización por lo que el paciente de consulta externa debe de esperar un tiempo más. El médico tratante al querer un manejo más expedito, aún el paciente no teniendo situación aguda crítica que justifique su estancia en el servicio de emergencias, es canalizada de esta manera para priorizar su ingreso. 2). La plétora generada en emergencias por el aumento en la demanda del servicio hace que el paciente referido de la consulta externa deba de esperar más tiempo del debido, condicionando esto a que su estado de salud deteriore y tenga que hacer uso del servicio de emergencias y una vez ahí se deriva a su ingreso".

En este caso también existen, al menos, dos aspectos que perjudican la prestación de servicios en áreas distintas: por un lado, se afecta un servicio sensible como el de Emergencias al saturarlo de casos que deberían ser gestionados por otra vía, teniendo que disponer camas y recurso humano para la vigilancia de los usuarios por varios días, con los costos que eso representa y, por otro lado, se ve afectado el usuario y el proceso de gestión de camas que debe hacerse hacia las áreas de Hospitalización.

6. SOBRE LOS INDICADORES QUE MIDEN EL APROVECHAMIENTO DE LOS RECURSOS

Para la programación, el control y la evaluación de un hospital y sus servicios son de gran utilidad los indicadores que miden el aprovechamiento de los recursos, tales como la estancia promedio, el índice de ocupación y el giro cama. Esos indicadores, según la Dra. Munive Angermüller, son sometidos a análisis todos los meses y considerados para la dotación de camas de los servicios, así como de la revisión del estándar por servicio, solicitándose las justificaciones pertinentes si se observan desviaciones.

Al respecto, se efectuó un análisis con los resultados que se describen seguidamente:

6.1 Sobre el indicador de estancias establecido en el Plan Presupuesto e Informe Estadístico

Tal como se indicó, el servicio de Cirugía Oncológica no cuenta con una asignación de camas y, por lo tanto, tampoco es posible obtener los indicadores de estancias o egresos en el Informe Estadístico del hospital, debido a que los mismos forman parte de los registros individuales establecidos para el servicio de Cirugía General.



Los servicios de Hematología y Oncología sí cuentan con registros separados de estancias y egresos en el citado informe, sin embargo, en el Plan Presupuesto del hospital para el período 2018/2019, solo se acreditan indicadores para el servicio de Oncología.

Las situaciones evidenciadas limitan realizar un análisis específico de indicadores por especialidad y, además, en el Plan Presupuesto 2018/2019 solo establece indicador para el servicio de Oncología (excluye Cirugía) de 11,4 días estancia promedio para el 2018 y 11,7 para el primer trimestre de 2019, mientras que en el Informe Estadístico para ese servicio la estancia promedio fue de 7,31 para el 2018, y 6,42 para el primer trimestre del 2019, lo cual evidencia desproporcionalidad en la fijación de las metas de ese indicador.

6.2 Sobre las estancias prolongadas relacionadas con infecciones asociadas a la atención de la salud y condiciones de aislamiento de pacientes

Se determinaron oportunidades de mejora con respecto a las estancias prolongadas de pacientes relacionadas con infecciones asociadas a la atención de la salud en el área de Hospitalización de los servicios de Hematología, Oncología, y Cirugía Oncológica.

En revisión efectuada a la correspondencia del servicio de Hematología del período enero 2018 a febrero de 2019, en lo referente a justificaciones de casos sobre estancias prolongadas de pacientes en el área de Hospitalización, causadas por infecciones asociadas a la atención de la salud ⁹, se determinó lo siguiente:

Cuadro 5
Hospital México/ Servicio de Hematología
Casos identificados de estancias prolongadas
relacionadas con infecciones asociadas a la atención de la salud
Período: 2018 y primer trimestre de 2019

Total de usuarios	52
Total de estancias hospitalarias	1.658
Promedio de estancia por usuario	31.88
Referencia de costo estancia del mes de marzo de 2019	¢1.231.705,00
Costo total	¢2.042.166.890,00
Costo por usuario	¢39.272.440,20

Fuente: Correspondencia servicio de Hematología. Dra. Evelyn Solís Bolaños, Médico Asistente General del servicio de Hematología. Licda. Ana Geizel Chavarría Ramírez, jefe Sub Área de Validación y Facturación hospital México

De los 52 casos identificados, los 3 usuarios con mayores días de estancia fueron: CVS (103 días), LPQ (62 días), y JCMS (51 días), representando el 13 % del total de estancias de usuarios en el área de Hospitalización; en el primer caso se anotó “imposible egresarlo debido a complicaciones infecciosas”, en el segundo: “ se mantuvo hasta el ... debido a cuadros sépticos” y, en el tercero: “egresó el 26 de diciembre de 2017...cursando con la y sepsis de origen intrahospitalario”.

⁹ Revisión se efectuó con la asistencia de la Dra. Evelyn Solís Bolaños, Médico Asistente General del servicio de Hematología.



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

El informe “Incidencia de las infecciones intrahospitalarias del 2018”, elaborado por los miembros del Comité de Prevención y Control de Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud del hospital México, cita lo siguiente:

“durante el año se ha observado una tendencia a ir en aumento las infecciones nosocomiales, pero comparándolo con años anteriores todavía se mantiene dentro del número de casos esperados de acuerdo a la época del año...el grupo que presentó mayor número de infecciones en este período fue el de 60 a 69 años en el sexo masculino y de 50 a 59 años en el sexo femenino [...] según los registros el servicio con la mayor tasa de incidencia de IIH fue el servicio de Hematología, cuya tasa fue del 19.82 por cada 100 egresos [...] recomendaciones [...] se debe velar por el cumplimiento de las técnicas de asepsia tanto médicas como quirúrgicas, lavado de manos antes y después de cada procedimiento, limpieza de áreas y superficies, prohibición del consumo de alimentos por parte de los funcionarios en las áreas de atención directa, pasillos y estación de enfermería, restricción del uso del celular y otros dispositivos electrónicos durante la atención directa, cambio de las gabachas de los funcionarios a diario y usar cerrada, cabello recogido, uñas cortas sin esmaltes, limpieza de estetoscopios entre paciente y paciente”.

La Dra. Mary Munive Angermüller, mediante el oficio DGHM-3387-2018, del 28 de agosto de 2018, informó a la Dra. Marjorie Obando Elizondo, jefe en ese entonces del Departamento de Hemato-Oncología, los “Lineamientos estratégicos en gestión de camas: Estancias Prolongadas por servicio en el hospital México”, en observancia a lo solicitado por la Gerencia Médica, indicando lo siguiente:

“se solicita la necesidad de realizar el análisis por servicio de las estancias prolongadas [...] generación mensual de:

- a) Detalle de egresos con estancias máximas por servicio.
- b). Detalle de pacientes internados que presenten estancias prolongadas”.

Por otra parte, las doctoras Munive Angermüller y Karla Monge Solís, esta última también Asistente de la Dirección General, mediante los oficios DGHM-2917-2018, DGHM-2920-2018, DGHM-0010-2019 y DG-0014-2019, del 24 de julio de 2018 y 2 de enero de 2019 respectivamente, informaron al Dr. Edgar Méndez Jiménez, Marjorie Obando Elizondo, Marco Vinicio Williams González, jefe del Departamento de Cirugía General, ex jefe y actual jefatura del Departamento de Hemato-Oncología del hospital México, sobre “Estancias prolongadas por departamento”, mediante los cuales evidenciaron estancias por más de 20 días en los servicios de Cirugía Oncológica, Hematología y Oncología, señalando, en dos de esos documentos dirigidos al Dr. Méndez Jiménez, lo siguiente:

Oficio DGHM-2917-2018:

“Debido a la plétora que se presenta en los servicios y a la dificultad en la disponibilidad de una cama hospitalaria, se mantiene la búsqueda continua de la optimización del recurso existente. La cuantificación y el manejo de estándares de estancia hospitalaria es una medida de calidad en la valoración de la utilización de este recurso.



Buena parte de la justificación de estancia hospitalaria es la colocación de antibioticoterapia por lo que deseo recordarles que en nuestra red de servicios hay Hospitales de Día¹⁰ (HSVP-HSRA), que pueden darle continuidad al tratamiento de pacientes en estado ambulatorio [...] sean realizadas las gestiones pertinentes y valorar las causas de estancias prolongadas de los siguientes pacientes: (ANLE, 108 días estancias, Tejidos Blandos), (ZH CJ, 37 días estancias, Hepato Biliar”.

Oficio DGHM-0014-2019:

“Cada servicio deberá programar una sesión mensual con dicha información para valorar y analizar aspectos clínicos y sociales que giran en torno a cada uno de esos casos a fin de identificar acciones posibles de parte del establecimiento de salud que puedan aplicarse para poder reducir la estancia hospitalaria en dicho servicio, ello sin menoscabo de la atención adecuada correspondiente”.

En el citado oficio se adjuntan las estancias de más de 20 días de hospitalización de varios servicios, entre ellos, los datos correspondientes a Cirugía General que tiene adscrito al servicio de Cirugía Oncológica:

Cuadro 6
Hospital México
Servicio de Cirugía General /Cirugía Oncológica
Reporte de Estancias prolongadas

Nombre usuario	Días de estancias	Servicio	Unidad o Salón
CUJE	48	Cirugía General	Tejidos Blandos
BMG	37	Cirugía General	Colon y recto
GCMA	25	Cirugía General	Trasplante hepático
FHMA	25	Cirugía General	Esofagogástrico
SPA	20	Cirugía General	Colon y recto”

Fuente: Oficio DGHM-0014-2019

El Dr. Julián Peña Varela, jefe del servicio de Medicina Interna, en correos enviados el 4 y 19 de julio de 2019, a diferentes funcionarios del hospital México, entre ellos, al Director, Subdirector y Directora Administrativa Financiera, reitera la problemática que tienen en relación con las “Estancias Prolongadas SMI”, transcribiendo un reporte emitido por la Dra. Andrea Madriz Huertas, jefe de Clínica del servicio de Medicina Interna, y citando -entre otros aspectos- los siguientes:

“...la Dra. Madriz hace un excelente resumen...seguimos sin tomar decisiones que nos lleven a corregir esta problemática que impacta directamente en la atención que brindamos a nuestros pacientes, la calidad de la misma, el costo y riesgo a que los sometemos, la pérdida de oportunidad para otros casos en espera y nuestra eficiencia. Estos pacientes de larga estancia en su gran mayoría ingresan por Urgencias, muchos de

¹⁰ Tal como se ya se indicó el Dr. Douglas Montero Chacón, mediante oficio DGHM-0925-2019 del 14 de marzo de 2019, le solicitó al Dr. Roberto Cervantes Barrantes, Gerente General, el “Ingreso de Proyecto de Hospital de Día Polivalente” para el hospital México.



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

ellos debieron y pudieron ser atendidos en su nivel de atención, pero esto no se hizo en forma oportuna, no se hizo del todo o se hizo en una forma no adecuada. Es importante hacer notar la complejidad de los pacientes hospitalizados y priorizar de acuerdo a esto y al conocimiento de la alta tasa de infecciones nosocomiales. Por siempre hemos estado apagando incendios y asumiendo una responsabilidad y una carga laboral muy altas, con perjuicio para los pacientes que debíamos estar atendiendo en realidad según nuestro nivel de complejidad y que se refleja muy mal en los indicadores, con los cuales se nos evalúa, ya que no estamos siendo eficaces ni eficientes ni complejos ya que según GRDs estamos atendiendo una complejidad de otros niveles de atención.

Ya tenemos un mapa de la problemática (los invito a leer los últimos 12 meses de éstos) muy bien identificada por diagnósticos y sitios de procedencia. También este ejercicio nos ha orientado hacia las causas, ya bien identificadas. Pero hasta ahí. ¿Es eficaz este reporte, que significa mucho esfuerzo y dedicación?: no, a mi parecer. No porque no tomamos las decisiones necesarias para cambiar la situación, teniendo todas las herramientas para hacerlo. No porque no sirve como método de presión para que los servicios involucrados aceleren su giro cama ya que tienen sobradas razones de peso para justificarlas. ¿Y por qué?: porque trabajamos en parcelas, como unidades, o servicios, no como un todo, no como un hospital de nuestra complejidad. Ya tenemos una hoja de ruta, nos falta la decisión de seguirla...”.

La Dra. Munive Angermüller, consultada sobre el impacto de las infecciones asociadas a la atención de la salud en las estancias o giro cama, y las condiciones de los espacios físicos de aislamiento, indicó:

“Es mucho. Cada vez es más frecuente la presencia de "aislamientos" debido a infecciones nosocomiales que ocasionan retrasos en el egreso y tiempos prolongados de tratamientos antibióticos que aumentan la estancia, morbilidad del paciente y los costos por utilización día cama.

Actualmente las zonas que tenemos para realizar aislamientos, sobre todo los presentados en el Departamento de Medicina o Hemato-Oncología son los cubículos laterales (de 2 camas) ubicados en cada ala hospitalaria. Estos cuentan con un baño independiente. El problema de estos aislamientos es que no tienen las condiciones requeridas de vigilancia al paciente (cubículos laterales, lejos del puesto de enfermería, sin telemonitorización sic) y propias de infraestructura (presión positiva o negativa de acuerdo al requerimiento de aislamiento). En el momento en el que se aísla a un paciente, automáticamente se pierde una cama (la contigua a la que se encuentra el paciente aislado) por lo que la dotación normal se ve mermada. La posible solución es una mejora en infraestructura para generar una zona de acuerdo a los requerimientos estándar en salud para un aislamiento. El problema que esto generaría en la infraestructura actual es que mermaría el número de camas pues el tamaño y la distribución solicitada por la norma actual no es compatible con la disposición actual”.



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

También, se consultó a la Licda. Melina Arrieta Esquivel, enfermera jefe del área de Hospitalización -servicio de Medicina, área de Hematología-, sobre la frecuencia en que se presentan casos de infecciones asociadas a la atención de la salud, indicando lo siguiente:

“Las infecciones se presentan con mucha frecuencia pues recordemos que estos usuarios por lo general en algunos casos, lo que se busca es la inmunosupresión como parte del tratamiento, y en otros, es una consecuencia del tratamiento, en este caso quizá la variante que más impacta es el no poder brindar un aislamiento como se requiere por la falta de infraestructura adecuada, pero esto si es propiamente respuesta del sistema del paciente, acá la variable nuestra es el lavado de manos y usar el equipo requerido para manipular a un paciente neutropénico, y la administración de los tratamiento profilácticos a la inmunosupresión”.

Además, la Licda. Arrieta Esquivel se refirió a otros factores que demoran los egresos, citando lo siguiente:

“[...] en casos de aislamiento por neutropenia en un salón con otros 5 pacientes, donde sabemos que ellos deberían de tener su propio baño, lavatorio y mantenerse lejos de personas con enfermedades infecciosas que en ocasiones en un cubículo con otros 5 pacientes es difícil de cumplir.

[...] el caso es que hoy se puede tener una medicina con 33 pacientes y de estos pueden haber de 8 a 10, o más pacientes que necesiten estar con quimioterapia habiendo el mismo personal y códigos de hace 5 años, por lo que no es compensada esa demanda, lo que produce agotamiento y cansancio en el personal pues se debe cumplir una demanda mayor con el mismo personal, y aunque si hay extras que son lo que llamamos la salvada, pues son un refuerzo, pero también se desgastan trabajando 12h por 15 días o hasta un mes.

[...] la demora de los egresos varía en si el paciente egresa por sus medios o en ambulancia, y depende de la zona, en algunos casos si la demora somos nosotros porque quizá no se tiene el personal para que vaya por los medicamentos lo antes posible a la farmacia de oncología entonces se debe esperar a que el único asistente de mandados termine de llevar a citas o pacientes programados a estudios hasta en ese momento se pueda ir por los medicamentos de salida, debería existir una persona encargada de revisar y entregar las salidas, en algunos hospitales he escuchado que la enfermera de educación lo hace, que no es el caso en el hospital México, solamente dan la educación de los permisos lo que me parece un desperdicio de recurso pues podría ayudar con eso, porque si lo hacemos las jefes que tenemos a cargo más de 30 pacientes, una profesional se puede hacer cargo fácilmente de las salidas”.

La Dra. Pilar Chaverri Sáenz, jefe del servicio de Hematología del hospital México, en relación con las camas utilizadas para el aislamiento de usuarios, refirió lo siguiente:



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

“Las camas con las que cuenta el servicio en hospitalización no están bien ubicadas para el concepto de aislamiento que requiere el paciente hemato-oncológico y esto genera un aumento en las estancias en relación con infecciones de los pacientes e incluso podría afectar el índice de mortalidad, deberían estar ubicadas en salones de aislamiento para prevenir las infecciones generadas por manipulación de pacientes”. El subrayado es nuestro

La Política Institucional de Calidad y Seguridad del Paciente establece, en el “Lineamiento 1”, que “una atención limpia es una atención segura”, del cual se derivan varias estrategias, entre las cuales se pueden citar las siguientes:

- 1.1 Fortalecer la práctica de lavado de manos en la institución.
- 1.2 aplicar las técnicas de asepsia (médica y quirúrgica) en todos los procedimientos que se realicen durante la prestación de la atención de la salud.
- 1.3 Manejo adecuado de desechos peligrosos.
- 1.4 Prácticas de bioseguridad.
- 1.5 Prevención y control de las infecciones intrahospitalarias.
- 1.6 Educación continua al usuario, familia y cuidadores.
- 1.7 Administración de los medicamentos en forma limpia y segura.
- 1.8 Monitoreo, registro e intervención del evento adverso asociado a la atención limpia y segura al usuario”.

Las Normas de Control Interno para el Sector Público establecen como uno de los “Objetivos del Sistema de Control Interno”, y de “Requisitos de las actividades de control”:

“[...] c) Garantizar eficiencia y eficacia de las operaciones. El SCI debe coadyuvar a que la organización utilice sus recursos de manera óptima, y a que sus operaciones contribuyan con el logro de los objetivos institucionales [...]”.

“[...]c) Contribución al logro de los objetivos con un costo razonable. Las actividades de control deben presentar una relación satisfactoria de costo-beneficio, de manera que su contribución esperada al logro de los objetivos sea mayor que los costos requeridos para su operación [...]”.

Según la Organización Mundial de la Salud, las Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud constituyen un indicador de calidad de la atención que se brinda en el hospital, y junto a otros indicadores como el de morbilidad, mortalidad, rendimiento, ocupación y estancias, miden la eficiencia de un hospital, situaciones que inciden, afectan y restringen el flujo de usuarios a los servicios de Hospitalización y hace que menos pacientes utilicen una cama en un determinado período -giro cama-, o que las estancias promedio aumenten.



6.3 Resumen de estancia promedio de los servicios de Hematología, Oncología y Cirugía General

En virtud de las limitaciones para realizar un análisis individual de las estancias del servicio de Cirugía Oncológica debido a que, como ya se indicó, pertenece al servicio de Cirugía General, se presenta seguidamente el resumen del índice de estancia promedio del período 2018 y primer trimestre del 2019 de los servicios de Hematología, Oncología y Cirugía General:

Cuadro 7
Hospital México
Resumen Estancia Promedio
Servicios: Hematología, Oncología y Cirugía General
Período: 2018 y primer trimestre 2019

Mes	Hematología	Oncología	Cirugía General
Enero	11.35	7.95	5.16
Febrero	12.4	8.58	4.48
Marzo	10.7	8.37	5.19
Abril	10.1	6.62	5.36
Mayo	11.5	6.89	5.10
Junio	11.2	6.48	5.31
Julio	13.1	9.70	5.75
Agosto	11.3	7.58	5.21
Setiembre	11.1	7.43	6.14
Octubre	9.6	6.66	9.03
Noviembre	9.7	6.17	5.09
Diciembre	10.3	5.28	6.13
Total	132.35	87.71	67.95
Promedio	11.03	7.31	5.66
Enero	12.7	5.84	5.23
Febrero	10.33	6.06	5.41
Marzo	10.3	7.35	4.58
Total	33.33	19.25	15.22
Promedio	11.11	6.42	5.07

Fuente: Informe Estadístico hospital México, Cuadro 71-72

En el 2018 el servicio de Hematología es el que mantuvo los mayores índices de estancia promedio de pacientes internados con 11,03 días, seguido de Oncología con 7,31 días y Cirugía General con 5,66 y, para el primer trimestre del 2019, el servicio de Hematología la aumentó a 11,11 días, y disminuyó el indicador en los servicios de Oncología y Cirugía General, a 6,42 y 5,07 días respectivamente.

El documento: “Gestión de camas hospitalarias (Destrezas para la utilización, distribución y rotación)”, en relación con la estancia promedio, refiere lo siguiente:

“Uso, análisis e Implicaciones (interpretación)

Constituye un monitor del tiempo promedio que toma un servicio para brindar atención al paciente hospitalizado. Actúa en asociación con otros, pero es el factor crítico



determinante de la productividad del “recurso” cama y por tanto de número de pacientes que la institución puede atender en un período dado. Es a su vez uno de los pocos sobre el cual puede ejercer control el gerente de los servicios de salud.

Es un promedio aritmético, unos pacientes permanecerán hospitalizados más días que otros en un mismo servicio, pudiendo existir valores extremos que influirán en el promedio de estancia, [...] lo más recomendable es utilizar la estancia promedio para cada servicio de hospitalización por separado (Servicio de Medicina, Servicio de Cirugía, etc.).

Los usos principales del promedio de estancia son:

- Cuantificar la capacidad productiva (número de pacientes hospitalizados que se pueden atender en un período dado) de la institución a partir de la dotación de camas.
- Monitorear el tiempo que cada paciente permanece hospitalizado. La sumatoria determina el Promedio de Días Estancia de la especialidad o servicio.
- Proyectar, en asociación con otros indicadores, las metas programáticas.
- Determinar el nivel de cumplimiento de los estándares pertinentes.
- Determinar su comportamiento como un factor restrictivo de accesibilidad a los servicios de salud (a mayor Promedio de Días Estancia menor disponibilidad y a menor Promedio de Días Estancia mayor disponibilidad).

En general el promedio de estancia puede calificarse como: estancia corta, media, larga y prolongada, según se detalla en la siguiente tabla:

Estancia corta	menos de 10 días
Estancia Media	entre 10 y 20 días
Estancia larga	entre 21 y 30 días
Estancia prolongada	más de 30 días

[...]

- Factores que Influyen su Comportamiento

Son múltiples los factores que pueden incrementar o disminuir el promedio de estancia, el control y monitoreo de este indicador, ofrece a los jefes de servicios de salud la valiosa posibilidad de desarrollar al máximo sus capacidades gerenciales, así como llegar a conocer el proceso productivo que se ejecuta en el establecimiento con un nivel de detalle que ningún otro indicador tiene la posibilidad de facilitar.

a- Condiciones Relacionadas con el paciente:

- Patología que motiva la hospitalización y existencia de patologías asociadas.



- Pacientes con patologías poco frecuentes que se decide dejar más tiempo hospitalizado para fines docentes.
- Severidad de la condición del paciente.
- Motivo de ingreso=
 - para estudio
 - para diagnóstico y tratamiento
 - sólo para tratamiento
 - para rehabilitación
- Problemas sociales: no tiene familia, es anciano abandonado o discapacitado, etc. situaciones que generan que el paciente no egrese con oportunidad a pesar de tener el “alta” médica.
- Residencia lejana.
- En general pacientes de edad avanzada suelen tener estancias más prolongadas
 - b- Condiciones Pre-hospitalarias:
 - Paciente referido al nivel apropiado de complejidad para su condición de salud.
 - Diagnóstico adecuado hecho con anterioridad al ingreso al hospital.
 - Pacientes no diagnosticados oportunamente: ausencia de un estudio adecuado en la consulta externa condiciona que se tenga que realizar durante el internamiento, incrementando la estancia.
 - c- Condiciones Hospitalarias:
 - Pérdidas de tiempo:
 - Pacientes no diagnosticados oportunamente
 - Pacientes en preparación prolongada para intervenciones quirúrgicas
 - Preparación de la cama hospitalaria.
 - Movimiento excesivo: Una estación de trabajo mal diseñada es causa de que el personal malgaste energía en movimientos innecesarios. Si la plataforma de servicios y los lavados están situados demasiados lejos del lugar normal de trabajo, el personal tendrá que andar centenares de kilómetros innecesarios a lo largo del año. Las herramientas, los equipos, los materiales y las instrucciones que se necesitan para realizar el trabajo han de colocarse en el lugar más conveniente para que el funcionario ahorre energía.

[...]

- Condiciones Relativas a los Servicios de Apoyo:

- Existencia de la combinación de servicios y tecnología correspondiente al nivel de complejidad.
- El progreso de los métodos de diagnóstico y tratamiento tienden a disminuir el promedio de estancia: si el padecimiento del enfermo se diagnostica con prontitud o bien el tratamiento produce una rápida mejoría de su estado de salud, su tiempo de estancia será menor.¹¹
- Tiempo de respuesta de las solicitudes de procedimientos y servicios auxiliares.

¹¹ Vargas Fuentes, Mauricio. *Gerencia de Servicios de Salud. Instituto Centroamericano de Salud Pública (ICAP). Costa Rica. 1989. pág. 114*



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

- Cuellos de botellas en la producción, entrega tardía de materiales, materiales perdidos, mal control de materiales almacenados, mal control de la documentación.
- Si el personal espera instrucciones (dirección deficiente), mala planificación del trabajo, cargas de trabajo desiguales entre procesos, mala supervisión, rechazos por mala calidad, entregas tardías, materiales perdidos.
- Fallo de los equipos: un equipamiento mal diseñado o con un mantenimiento deficiente favorece en mucho a los problemas de producción, a la interrupción del ritmo de trabajo y a los accidentes. Las empresas deben instaurar el Mantenimiento Preventivo con la finalidad de “cero rupturas”.
- Mejoría en la administración de los servicios de apoyo (Farmacia, Rayos X, etc.) suele disminuir el promedio de estancia, por el contrario, con frecuencia los pacientes permanecen internados más tiempo del necesario por retrasos en la toma o reporte de exámenes solicitados.
- Pérdidas de tiempo: movimiento excesivo, una estación de trabajo mal diseñada es causa de que el personal malgaste energía en movimientos innecesarios. Si la plataforma de servicios y los lavados están situados demasiados lejos del lugar normal de trabajo, el personal tendrá que andar grandes distancias innecesariamente a lo largo del año. Las herramientas, los equipos, los materiales y las instrucciones que se necesitan para realizar el trabajo han de colocarse en el lugar más conveniente para que el funcionario ahorre energía”.



6.4 Sobre el índice de ocupación

En relación con el índice de ocupación¹², el servicio de Oncología mantuvo -durante el 2018- un porcentaje promedio del **65,36 %**, y en el primer trimestre del 2019 bajó a un **63,91 %**, lo que evidencia oportunidades de mejora en la optimización de ese recurso hospitalario.

En el servicio de Hematología ese índice fue del 95,21 % en el 2018, y en el primer trimestre del 2019 sobrepasó el 100 % (106 %), lo que evidencia una ocupación por encima de su capacidad instalada, aspecto relevante por la consideración que debe existir, de mantener un margen de seguridad en la gestión de las camas para atender alguna situación de emergencia que se pueda presentar.

Por otra parte, se reitera el hecho de que el servicio de Cirugía Oncológica no dispone de camas, ni datos por separado de indicadores en el Informe Estadístico del hospital, por lo que se realiza un análisis de los datos del servicio de Cirugía General donde está incluido el servicio de Cirugía Oncológica, evidenciando que ese indicador presentó en el 2018 y primer trimestre del 2019 un uso razonable del recurso cama hospitalaria (78,44 % y 79,57 %), sin embargo, podrían considerarse acciones en relación con el porcentaje de camas sin ocupar de ese servicio, sin llegar a saturarlo, tomando en cuenta, también, aspectos contingenciales que se puedan presentar y, aún mejor, si fuera posible separar esos servicios para que se compruebe la realidad en cuanto a la ocupación de camas por cada unidad de trabajo.

A continuación, se presentan los resultados obtenidos en el análisis efectuado en los servicios de Hematología, Oncología y Cirugía General:

Cuadro 8
Hospital México
% de ocupación: Servicios de Hematología, Oncología y Cirugía General
Período: 2018 y primer trimestre 2019

Período	Servicio	Días Cama	Días paciente	Ocupación		Sin ocupar	
				%	Nominal	%	Nominal
2018	Hematología	6915	6584	95.21	6584	4.79	331
	Oncología	5199	3398	65.36	3398	34.64	1801
	Cirugía General	16524	12962	78.44	12962	21.56	3562
1er trimestre 2019	Hematología	1709	1822	106.61	1822	-6.61	-113
	Oncología	1136	726	63.91	726	36.09	410
	Cirugía General	4121	3279	79.57	3279	20.43	842

Fuente: Informe Estadístico hospital México. Cuadro 71-72

¹² **Indicador hospitalario tradicional por excelencia. Es la relación entre los días paciente y los días cama durante cualquier período, expresada como porcentaje. Se calcula para todo el hospital o por servicio; por un día, una semana, un mes, o un año. Mide la utilización de las camas.**



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

El Dr. Denis Landaverde Recinos, jefe del servicio de Oncología del hospital México, en relación con el porcentaje de ocupación de camas, señaló:

“La tasa de ocupación que yo considero adecuada para el servicio en este momento es de un 70%, así los demás servicios del departamento pueden disponer de este recurso, pero para lograr eso estamos haciendo una coordinación muy efectiva con enfermería y con la Unidad de Quimioterapia, y contamos con catéteres PICC que son colocados rápidamente en forma ambulatoria y que permiten colocar quimioterapias ambulatoriamente en infusión por más de 6 a 8 meses, por lo que el paciente puede recibir sus tratamientos largos en su hogar con bombas de infusión y no tener que internarse.

En el 2018 hubo una caída abrupta del índice de ocupación que lo tuvimos por encima del 100% durante mucho tiempo, porque implementamos esa técnica, en el 2019 (abril y mayo) se presenta un ligero pico o incremento de la ocupación porque la empresa había atrasado la entrega de este insumo, pero en este momento se está normalizando y aplicando de nuevo la técnica, y considero que debemos volver a la normalidad y no depender de camas de otros servicios”.

El documento: “Gestión de camas hospitalarias (Destrezas para la utilización, distribución y rotación)”, en relación con el índice de ocupación de camas, indica:

“Consideraciones en cuanto al parámetro o estándar: Existen diversidad de criterios respecto a **¿Cuál es el Porcentaje de Ocupación ideal?** La tendencia más “clásica” sostiene que el I.O. ideal es de un 80% - 85% de ocupación, bajo la premisa de que el restante 20%-15% permitirá afrontar situaciones extraordinarias de demanda de carácter principalmente colectivo: accidentes de tránsito con múltiples pacientes, consecuencias de terremotos con lesión de personas, o bien situaciones de menor cuantía de carácter individual como pueden ser casos de ingresos no programados a través del Servicio de Urgencias: apendicitis aguda, colecistitis agudas, abortos, un trabajador accidentado con lesiones graves, etc”.

La corriente más moderna considera que una ociosidad programada del 20% frente a una evidente demanda de hospitalización (listas y tiempos de espera para internamiento) no solo es antieconómico sino también es una “barrera de acceso” administrativo-gerencial y más bien debería de ejercitarse la práctica de “preparación para desastres” de forma normada y periódica, que prevea la posibilidad, en caso necesario, de descongestionar rápidamente los salones de hospitalización: egresando y/o trasladando pacientes (capacidad de descongestión programada del establecimiento) con el fin de asumir el flujo de nuevos ingresos urgentes; todo ello tomando en cuenta que el área de choque inicial no son los Servicios de Hospitalización, siendo más bien los Servicios de Urgencias, Observación y Centro Quirúrgico los que hacen frente a la oleada inicial de pacientes.

Bajo este criterio es entonces que se considera como I.O. ideal aquel que se mantenga entre el 90% y 95% incrementando la disponibilidad de camas para la operación normal del



servicio, o bien disminuyendo los costos de operación en aquellos casos en que se revalore la dotación de camas en función de un evidente sobredimensionamiento.

A pesar de lo mencionado, debemos insistir en que es el conocimiento y monitoreo de la morbi-morbilidad del área de atracción junto con una valoración de riesgos, lo que debe privar para la definición de este parámetro. Por ejemplo en establecimientos con conocida demanda de pacientes graves con problemas traumáticos: hospitales cercanos a rutas de gran velocidad y mucho tránsito aunado a una cultura de conducción “temeraria” reflejada en estadísticas y casuística de alta demanda no programada, se justificaría planificar que mediante egresos electivos no se supere el 80%-85% en función de tener capacidad de respuesta para este tipo de morbilidad “no programada”; lo mismo que aquellos establecimientos ubicados en zonas de frecuentes desastres naturales con una valoración del riesgo “elevada”.

Lo descrito demuestra la gran utilidad de ese indicador para programar la demanda de servicios, porque facilita la elaboración de planes para el uso óptimo de las camas hospitalarias y permite identificar los servicios en los cuales la utilización de éstas es excesiva o insuficiente, para hacer su redistribución y adaptar las instalaciones a las necesidades del establecimiento.

6.5 Sobre el giro de camas

En el 2018, el giro de camas¹³ de los servicios de Hematología y Oncología fue similar (2,58 y 2,73), y durante el primer trimestre del 2019 se presentó un ligero aumento de este indicador (2,88 y 3,38), lo que evidencia alguna mejora en la cantidad de egresos y rotación de las camas hospitalarias.

El servicio de Cirugía General, que considera al servicio de Cirugía Oncológica, presentó para el 2018, resultados mejores que los de Hematología y Oncología -5,09 en promedio- en el giro de camas, sin embargo, en el primer trimestre del 2019 disminuyó a 4,6, lo que demuestra una menor rotación o giro de las camas en ese período, que está asociado con los egresos producidos. El detalle de los resultados en el cuadro 9:

Cuadro 9
Hospital México
Giro de camas: Servicios de Hematología, Oncología y Cirugía General
Período: 2018 y primer trimestre del 2019

	Mes	Hematología	Oncología	Cirugía General
2018	Enero	2.1	2.7	4.7
	Febrero	2.8	2.1	5.5
	Marzo	2.8	2.7	6.6
	Abril	2	2.6	5.6
	Mayo	2.6	2.5	5.2

¹³ Este indicador mide la utilización de las camas, representa el número de pacientes que en promedio recibió cada cama del hospital en un periodo determinado. Es una razón entre el número de egresos hospitalarios que se produce en un periodo (generalmente un año), y el número de camas de dotación normal del hospital o servicio.





	Junio	2.4	2.7	6.1
	Julio	3	2	5.1
	Agosto	2.7	3.1	4.8
	Setiembre	3	2	5
	Octubre	2.7	3.6	4.2
	Noviembre	2.3	3.9	4.5
	Diciembre	2.6	2.9	3.8
	Total	31	32.8	61.1
	Promedio	2.58	2.73	5.09
2019	Enero	2.5	2.6	4.3
	Febrero	3.05	2.43	4.5
	Marzo	3.1	5.1	5
	Total	8.65	10.13	13.8
	Promedio	2.88	3.38	4.6

Fuente: Cuadro 72 Informe Estadístico

El documento: “Gestión de camas hospitalarias (Destrezas para la utilización, distribución y rotación)”, en relación con el “Uso, análisis e implicaciones (Interpretación)” de ese indicador, señala:

“La costumbre” ha establecido que 25 egresos por cama/año es un buen Giro Cama para hospitales generales, sin embargo es peligroso caer en la tentación de un parámetro cuando en realidad es la interrelación entre I.O., Promedio de Estancia y en Giro Cama lo que debe imperar en su interpretación más que el dato aislado de Giro Cama, de hecho podremos encontrar como razonables giros cama muy disímiles para servicios de Obstetricia con 155 egresos/cama/año, Cirugía General con 62 egresos/cama/año y Medicina Interna con 44 egresos/cama/año, asumiendo para todos un I.O. del 85% y estancias promedio respectivamente de 2, 5 y 7 días”.

El uso del análisis del giro cama es similar al del índice ocupacional, al cual complementa, notándose en forma general, una mayor rotación de camas en el servicio de Cirugía General, y de un ligero incremento del indicador en el primer trimestre del 2019 de los servicios de Hematología y Oncología.

7. SOBRE LOS REGISTROS DE LA LISTA DE ESPERA QUIRÚRGICA ONCOLÓGICA

En una reunión efectuada el 4 de marzo de 2019¹⁴ con la participación de las jefaturas de los departamentos de Hemato-Oncología y Cirugía General, los jefes de servicio de: Hematología, Oncología, Cirugía General, la Dra. Gabriela Guevara Rivera, Asistente de la Dirección General y Gestora de la Lista de Espera, y médicos asistentes del departamento de Hemato-Oncología, se

¹⁴ Acta de Reunión del 4 de marzo de 2019.



expusieron los detalles de la lista de espera quirúrgica oncológica al 26 de febrero de 2019, según la ubicación que se ha realizado de los casos por Unidades Funcionales, la cual contiene diferencias en los registros según la fuente de información citada, tal como se describe seguidamente:

Cuadro 10
Hospital México/Departamento de Hemato-Oncología
Lista de espera oncológica al 26 de febrero de 2019

Unidades Funcionales	# de casos toda prioridad (Datos tomados del EDUS/ARCA)	# de casos prioridad alta (Dato que maneja la Dra Guevara Rivera, Gestora de la lista de espera)	Casos nuevos incluidos por mes. Diagnóstico oncológico promedio	Tiempo de espera promedio ingreso a la lista hasta resuelto (días)
Mama	259	108	24.2	73
Tejidos blandos y melanoma	24	20	5.8	52
Colorrectal	22	16	5.2	42
Endocrino	21	15	1.6	85
Esofagogástrica	18	8	3.8	58
Hepatobiliopancreática	16	9	5	46
Total	360	176	45.6	59.3

Fuente: Acta de reunión del 4 de marzo de 2019, jefatura del Departamento de Hemato-Oncología, y jefaturas de servicio

Se observa que, en el documento citado, existen diferencias en los datos de la lista de espera según su fuente (360 vrs 176) y que, en promedio, los casos nuevos que ingresan por mes son 45,6, de los cuales el 53 % (24,2) corresponde a la patología de mama.

Por otra parte, en el Informe Estadístico del hospital México -cuadro 79- el dato generado de la lista de espera quirúrgica oncológica del servicio de Cirugía Oncológica de febrero y marzo de 2019, era de 1 y 2 citas y, en cuanto a los plazos de espera, de 57 y 56 días respectivamente.

En la citada reunión, donde se presentaron los resultados descritos en el cuadro 10, se realizaron los siguientes comentarios por parte de los jefes de servicio, que evidencian oportunidades de mejora en relación con la consistencia de la información y registros generados de la lista de espera quirúrgica oncológica:

“El Dr. Williams manifiesta su preocupación, ya que el dato de lista de espera que conoce la Dirección Médica del hospital es de 176 pacientes en espera de casos oncológicos y no los 360 que son los casos de espera pendientes de toda prioridad, por lo que considera importante analizar cada caso en lista de espera para definir prioridades...”.

“El Dr. Jiménez describe que analizando la lista de espera y con la implementación del sistema ARCA, existen pacientes en lista que no se pueden categorizar en ninguna Unidad Funcional, por lo cual considera necesario analizar con detenimiento los pacientes que se encuentran en espera”.

“La Dra. Guevara considera importante realizar reuniones con los jefes de cada servicio para analizar los datos de las listas de espera”.



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

“El Dr. Barquero comunica que su intención es analizar los tiempos de espera de los pacientes con diagnóstico de cáncer, hace mención a las estadísticas internacionales en relación al tiempo de espera las cuales son expeditas, manifiesta que la intención es buscar alternativas para que los pacientes oncológicos no esperen más de 31 días para ser operados... enfatiza la importancia de trabajar en conjunto con el servicio de Cirugía General en una misma lista de espera para el beneficio de los pacientes...”.

“El Dr. Méndez solicita que en la medida de lo posible el Servicio de Cirugía General y el Servicio de Cirugía Oncológica cuenten con una lista de prioridad de pacientes que requieren ser operados urgente, para que en caso de que se suspenda algún paciente en sala de operaciones se pueda sustituir”. El subrayado es nuestro

En uno de los “acuerdos tomados”, en el acta en mención se indicó:

“El Departamento de Hemato-Oncología analizará los datos de los pacientes que requieren cirugía oncológica y se encuentren en lista de espera en conjunto con la Dra. Gabriela Guevara”.

A la Dra. Guevara Rivera se le consultó sobre las razones de la existencia de registros diferentes de la lista de espera quirúrgica oncológica, según lo indicado en el acta de la reunión realizada el 4 de marzo de 2019, y de la gestión que realiza, señalando lo siguiente:

“El motivo de la diferencia es que los pacientes que yo tomo en cuenta son los casos a los cuales se les marca en el sistema ARCA la casilla denominada diagnóstico oncológico, que muchas veces no se marca en todos los servicios. Además, en esa reunión el Dr. Barquero indicó que él estaba tomando en cuenta aquellas lesiones que eran altamente sugestivas de cáncer, pero que aún no tenían el diagnóstico de cáncer como tal.

- a) me encargo de revisar los casos que se reportan con diagnóstico oncológico, que incluye la revisión de los expedientes y se llama a los pacientes, esto se hace de forma mensual.
- b) Se formó un comité para el manejo de los casos oncológicos.
- c) Revisión en conjunto de todos los casos oncológicos para establecer el estado real de los mismos
- d) Depuración de los casos mensualmente.
- e) En este momento se están estableciendo los criterios para incluir todos los casos tanto oncológicos como los altamente probables, pero los criterios los están definiendo los cirujanos oncológicos
- f) Reuniones mensuales en la Dirección Médica donde se presenta la situación de los casos oncológicos pendientes”.

Debería existir una sola lista de todos los casos oncológicos, que estos pacientes sí deberían estar separados por Unidades Funcionales por la experiencia que poseen tanto los cirujanos en las diferentes unidades como de los cirujanos oncológicos, y para que el coordinador de la unidad sea el



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

responsable de conocer los casos que tiene en la lista de espera que sean oncólogos, lo que facilita su manejo y seguimiento.

Sí existen casos en los que se retrasa la atención de los usuarios porque nuestro hospital presenta un gran problema de infraestructura, falta de personal y falta de camas para cubrir con toda la demanda de servicios. Aunque para todos los servicios la prioridad es la atención de los casos oncológico, muchas veces la falta de cama retrasa un poco la atención... la disponibilidad de quirófanos que se ha ido solventando un poco con la apertura de las nuevas salas, pero que sigue siendo insuficiente para cubrir la demanda, [...] si todos los servicios tratan de dar su mejor esfuerzo para salir adelante con el manejo de los pacientes oncológicos de la forma más oportuna, pero a veces las condiciones no son las óptimas para lograr cumplir con dicho objetivo”. El subrayado es nuestro

La Dra. Susan Soto Pernudi, jefe a.i. del servicio de Cirugía Oncológica, en relación con las diferencias en los registros de la lista de espera, señaló:

“En cuanto a los registros de la lista de espera no son coincidentes los que se obtienen a nivel del servicio en comparación con los datos aportados por la Dra. Guevara que es la encargada de la lista de espera y eso me genera temor de que un paciente se me pueda perder de la lista o los registros, porque se depuran y no existe esa coordinación para realizar una revisión y análisis de cada caso”. El subrayado es nuestro

El Dr. Herman Barquero Melchor, jefe del servicio de Cirugía Oncológica, indicó lo siguiente en relación con la oportunidad en la gestión de la lista de espera quirúrgica:

“No está siendo suficientemente oportuna. El tiempo de espera debería ser de 31 días máximo y está en este momento en 59 días, casi el doble. Hay un déficit de salas de operaciones, camas, así como de servicios relacionados con las operaciones y las consultas, por ejemplo, una sola gamma cámara, una sola gamma sonda, un solo mamógrafo, un solo tomógrafo.”

Debe de haber una lista única de espera de pacientes con cáncer, sin importar el servicio, si no por Unidad Funcional”. El subrayado es nuestro

Mediante oficio DGHM-2015-2019, del 22 de mayo de 2019, el Dr. Douglas Montero Chacón, Director General del hospital México, informó a esta Auditoría, sobre el “Abordaje Institucional de listas de espera por servicios en el hospital México” y, en lo que respecta al servicio de Cirugía Oncológica, incorporó la información remitida por el Dr. Herman Barquero Melchor, jefe de ese servicio, quien indicó, como problema, el siguiente:

“Tiempo de espera del paciente para cirugía oncológica, se ve afectada la atención oportuna y de calidad de los pacientes oncológicos, los tiempos de espera para resolución quirúrgica de una patología oncológica no debería ser mayor a 31 días actualmente. Los tiempos de resolución institucional en lo que refiere al hospital México pueden estar hasta



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

en 90 días para que los pacientes puedan ser programados para una cirugía ya sea diagnosticada, estadiaje y/o tratamiento”.

Como alternativas de solución, el Dr. Barquero Melchor señaló las siguientes:

- “Asignación de más salas de operaciones.
- Adecuada gestión de los pacientes en la lista, abordar a los pacientes en mayor riesgo de progresión para resolverlos con prioridad.
- Vigilancia de los casos prioritarios.
- Monitoreo de los casos dentro del contexto multidisciplinario para asegurar la atención”.

La Ley General de Control Interno, en los artículos 8 y 12, relacionados con los objetivos y los deberes del jerarca y de los titulares subordinados en el sistema de control interno, dispone lo siguiente:

“b) Exigir confiabilidad y oportunidad de la información”.

- 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”.

La Guía de ingreso, resolución y depuración de listas de espera para procedimientos médicos y quirúrgicos, dispone en el apartado: “responsables de la gestión de la lista de espera”, y el “proceso de inclusión de pacientes en la lista de espera”, lo siguiente:

“Director Médico del establecimiento de salud

[...]

- i) Garantizar la confiabilidad, veracidad y normalización de los flujos de información sobre listas de espera, tanto a nivel interno como hacia lo externo.
- j) Gestionar las medidas administrativas necesarias para garantizar la seguridad de la información y la confidencialidad de los datos generados por la obtención de listas de espera de la unidad.

2.3 Jefatura de servicio

[...]

- 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.
- f) Gestionar las medidas administrativas necesarias para garantizar la seguridad de la información y la confidencialidad de los datos generados por la obtención de listas de espera del servicio.

2.4 Médicos tratantes

- a) Son los responsables de la debida indicación del procedimiento en el expediente de



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

salud y demás documentación de uso médico que deba confeccionarse al paciente, a efectos de su inclusión en la lista de espera”.

[...]

d) Documentar en el expediente de salud cualquier modificación de las condiciones del paciente que varíe su situación en la lista y que conlleve la necesidad de depuración por contraindicación, por renuencia de paciente o familiar, según corresponda, por cambio de domicilio fuera del área de atracción u otras situaciones que se consideren importante evidenciar.

e) Notificar al Servicio de Registros Médicos y Estadísticas de Salud o al funcionario que el establecimiento de salud designe para tales efectos, la necesidad de depuración de un paciente de la lista de espera. Esto deberá efectuarlo en un plazo razonable por el medio que según las propias condiciones del centro haya sido definido como idóneo por el grupo gestor local, y que permita mantener actualizada la lista de espera y resguardar la seguridad de dicha decisión.

“Proceso de inclusión de pacientes en la lista de espera

Dentro de la lista de espera de procedimientos médicos y quirúrgicos se deberán considerar los siguientes lineamientos para la inclusión de pacientes en lista de espera:

a) Incluir aquellos usuarios a los que se les indique, de acuerdo con criterio del médico, un procedimiento, por el centro de atención directa o por área de atracción indirecta, y que el mismo cuente con la capacidad instalada para realizar ese determinado procedimiento”.

Mediante oficio GM-AJD-5071-2014, del 22 de abril de 2014, la Dra. María Eugenia Villalta Bonilla, Gerente Médica en esa fecha, realizó un recordatorio a los directores médicos de los hospitales, sobre lo regulado en el “Reglamento de Funcionamiento de la Unidad Técnica de Lista de espera”, indicándoles lo siguiente:

“b. Tiempo de espera: es el plazo entre la fecha en que el profesional médico competente recomienda la cirugía electiva, consulta especializada o procedimiento y la fecha en que será efectivamente intervenido. La misma analogía se aplica para la consulta externa especializada y los procedimientos de las especialidades críticas, partiendo del plazo operativo de 90 días naturales u otros diferenciados específicamente por la Unidad Técnica de Listas de Espera.

El Plan Nacional de Desarrollo 2019-2022, en el área de “Salud y Seguridad Social”, establece como desafíos reducir la lista de espera para garantizar un mejor acceso a los servicios especializados por parte de la población, y en relación con algunos objetivos de las intervenciones estratégicas dispuso: “Mejorar la calidad de la atención al paciente oncológico”, “Disminuir los días de espera de la lista



global para cirugías electivas que requieren hospitalización”, “Optimizar el desempeño de los servicios de atención al paciente oncológico con cáncer de mama”.

Las debilidades descritas en relación con la idoneidad de los registros de la lista de espera quirúrgica oncológica, limita tener un conocimiento real de la cantidad de usuarios, diagnósticos, estado o condición actual -resuelto, pendiente-, información que es útil para la organización y priorización de casos, la implementación de posibles mecanismos de apoyo en red, o de la gestión general del pendiente quirúrgico por resolver a nivel del hospital.

8. SOBRE LA ORGANIZACIÓN, DISTRIBUCIÓN DE QUIRÓFANOS Y PRODUCCIÓN QUIRÚRGICA DEL SERVICIO DE CIRUGÍA ONCOLÓGICA

8.1 De la organización y distribución de quirófanos

Así como el servicio de Cirugía Oncológica no tiene camas asignadas, tampoco dispone de una asignación o programación de quirófanos para realizar los procedimientos quirúrgicos. La programación que se realiza está controlada y destinada para el servicio de Cirugía General, y como el servicio de Cirugía Oncológica es dependiente de ese servicio, la asignación de salas de operaciones está sujeta a las decisiones y coordinaciones que se realicen por parte de las jefaturas del Departamento y servicio de Cirugía General, y coordinadores de las Unidades Funcionales conformadas, en relación con la disponibilidad y necesidad que se tengan de ese recurso.

Las jefaturas de los Departamento de Cirugía y Gineco-Obstetricia remiten a la jefatura del servicio de Cirugía General, una programación mensual sobre la distribución de las salas de operaciones, en la cual se incluyen todos los servicios adscritos a esos Departamentos, donde se evidencia que se programan días para el uso de las salas de operaciones del servicio de Cirugía General, no así para el servicio de Cirugía Oncológica, tal como se indicó.

Con ese panorama, según el Dr. Luis Esteban Fonseca Jiménez, Médico Asistente Especialista del Departamento de Hemato-Oncología, existe una programación a lo interno del servicio o “Distribución de salas de operaciones por Unidad Funcional”, por semana, que es la siguiente:

Cuadro 11
Hospital México
Servicio de Cirugía General/Unidades Funcionales
Número de sala de operaciones asignada por semana

Unidad Funcional	Número de la sala	Número de camas
Patología mamaria	5	8
Unidad de sarcomas y tumores mixtos	1	2
Unidad de digestivo	5	8
Unidad Hepatobiliar	1	3
Unidad de cabeza y cuello	1	3

Fuente: Dr. Luis Esteban Fonseca Jiménez, 13 de mayo de 2019

Según esa información, se observa que entre semana se le asigna a cada Unidad Funcional, una sala de operaciones, la cual varía según la numeración asignada para efectos de identificación de esos recintos, teniendo las “Unidades: mamaria y digestivo”, la mayor asignación de camas con 8 cada



una; sin embargo, según los criterios emitidos por los doctores Barquero Melchor y Soto Pernudi, existen semanas en las cuales es difícil la asignación de salas de operaciones para todas las “Unidades”, y se produce según esas circunstancias, subutilización del recurso humano.

Es importante señalar que, a partir de marzo de 2019, se dio una nueva programación de las salas de operaciones en virtud de la apertura de 5 recintos nuevos, con algunos condicionantes, como, por ejemplo; la sujeción a la revisión por parte del Comité Gestor de Sala de Operaciones el 15 de cada mes para valorar cambios, o programación sujeta a cierres de una o dos salas por inopia de personal de Anestesia, quedando para Cirugía General la siguiente asignación semanal:

Cuadro 12
Hospital México
Programación semanal de salas de operaciones para el
Servicio de Cirugía General
a partir de marzo de 2019

Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
Sala 1	Sala 1	Sala 1	Sala 1	Sala 1
Sala 3	-	-	-	Sala 3
-	-	-	-	Sala 5
-	-	Sala 7	-	-

Fuente: Dr. Gustavo Jiménez Ramírez, jefe servicio de Cirugía General

Según esa programación, el servicio de Cirugía General tiene asignadas 9 salas de operaciones por semana, siendo el viernes el día con mayor disponibilidad, salas 1, 3 y 5.

Se solicitó al Dr. Gustavo Jiménez Ramírez, jefe del servicio de Cirugía General, la programación semanal establecida para el servicio de Cirugía Oncológica correspondiente al primer trimestre del 2019, sin embargo, las programaciones elaboradas y aportadas no hacen referencia a salas de operaciones destinadas específicamente a ese servicio, por las circunstancias ya descritas, de ser un servicio nuevo y sometido a las características de gestión del servicio de Cirugía General en cuanto a programación del recurso de salas de operaciones, por lo que no es posible determinar en esas condiciones, qué porcentaje de esa distribución está asignada a Cirugía Oncológica, por lo que, con esas limitaciones, se optó por solicitar, revisar y analizar la programación semanal o agenda de actividades de cada médico y la producción realizada, con los resultados que se describen en el siguiente apartado.

8.2 Sobre la programación semanal, producción quirúrgica oncológica y propuestas para dotación de mayor capacidad resolutive

El Dr. Fonseca Jiménez aportó las “Agendas Cirugía Oncológica 2019”, relacionadas con la programación de las actividades semanales de los médicos del servicio de Cirugía Oncológica, determinándose que el Dr. Herman Barquero Melchor tiene establecida una programación de uso de sala de operaciones el jueves de 8:00 a.m. a 11:00 a.m. y de 11:30 a.m. a 4:00 p.m. (7,5 horas), el Dr. Aly Álvarez Orellana los viernes de 8:00 a.m. a 12:00 m.d. y de 12:30 p.m. a 3:00 p.m. (6,5 horas), y la Dra. Susan Soto Pernudi, igual, los viernes de 7:00 a.m. a 12:30 a.m. (5,5 horas).



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

También se incluye en la programación la “cirugía menor”, caso del Dr. Barquero Melchor los lunes (7:00 a.m. a 11:30 a.m. y de 12:00 m.d. a 4:00 p.m. (8,5 horas)¹⁵, y la “cirugía ambulatoria”, que la realiza la Dra. Soto Pernudi los jueves de 9:00 a.m. a 12:00 m.d., y de 12:30 p.m. a las 2:30 p.m. (5 horas), por lo que en total se asignan a esos tres médicos 33 horas por semana para las actividades de “SOP y quirúrgica”. Ver anexos 3, 4 y 5 sobre la programación de la agenda semanal de cada uno.

Uno de los aspectos observados en esa programación es el establecimiento de horarios distintos y una mayor asignación de tiempo para realizar la actividad denominada “pase visita” o “visita salón”, por ejemplo, el Dr. Barquero Melchor la efectúa los martes, miércoles y viernes, en horario de 8:00 a.m. a 9:00 a.m. (3 horas), el Dr. Álvarez Orellana todos los días de 7:00 a.m. a 8:00 a.m., que incluye una “visita general” los lunes de 7:00 a.m. a 9:00 a.m. (6 horas), y la Dra. Soto Pernudi, los lunes de 7:00 a.m. a 9:00 a.m., el martes de 8:00 a.m. a 9:00 a.m.¹⁶, el miércoles de 7:00 a.m. a 9:00 a.m., los jueves de 7:00 a.m. a 9:00 a.m. (7 horas), aspecto que evidencia un desequilibrio en la programación del tiempo asignado para realizar esa labor.

En relación con la producción quirúrgica, se solicitó a la Srta. Raquel González Elizondo, secretaria del servicio de Cirugía General y encargada del dictado quirúrgico, lo realizado por cirujano en el 2018 y primer trimestre del 2019, según los días en los cuales se efectuaron procedimientos quirúrgicos, determinando que los doctores Barquero Melchor, Soto Pernudi y Álvarez Orellana - médico residente, efectuaron en el 2018, un total de **170** cirugías -en promedio **14,16** por mes-, y durante el primer cuatrimestre del 2019, contabilizaron **71**, -en promedio **17,7** por mes-, dato que, proyectado a diciembre de 2019, podría generar con ese comportamiento, una producción estimada de **213** cirugías oncológicas en el año¹⁷.

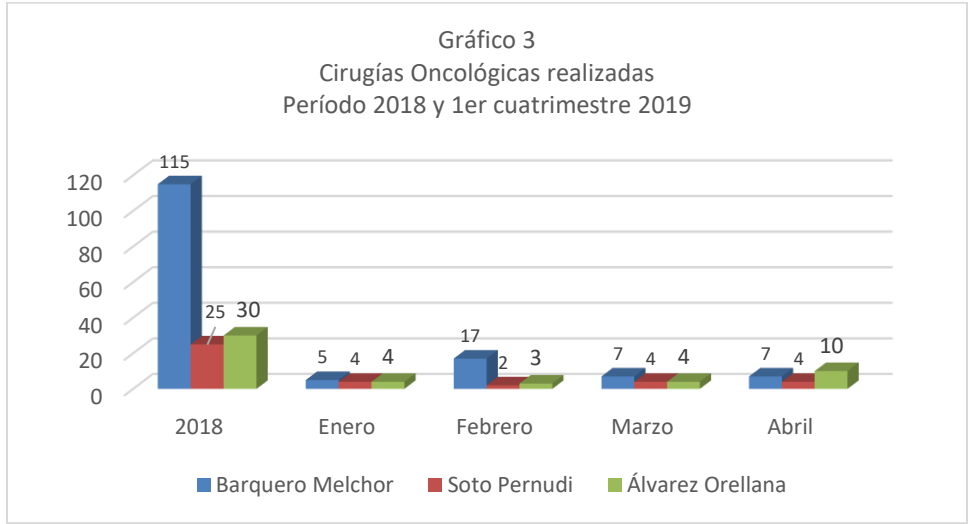
Con esos registros y recapitulando lo indicado en el cuadro 10 sobre la lista de espera quirúrgica oncológica, donde se indicó que en promedio ingresan **45,6** pacientes nuevos por mes a la lista de espera, donde el **53 %** de los casos corresponde a la patología mamaria, es evidente que, con el comportamiento de la producción descrita por mes, no se alcanzaría a cubrir ni siquiera la demanda de ingresos mensuales, y mucho menos la brecha existente del pendiente por resolver, por lo que se estima que dicha lista de espera irá aumentando paulatinamente en el tiempo.

A continuación, se presentan los datos de la producción quirúrgica generada por los especialistas asignados a cada Unidad Funcional, durante el 2018 y primer cuatrimestre del 2019:

15 En el horario de 12:00 m.d. a 4:00 p.m. se indica “cirugía (alternar casos para sesión UPM).

16 En el horario de 8:00 a.m. a 9:00 a.m. (1 hora) tiene programadas las siguientes actividades: “Sesión de la Unidad de Digestivo Alto, revisión de casos y visita, sala de operaciones cirugía mayor de tejidos blandos”

17 Para el mes de agosto de 2019 se pretende alquilar 5 salas de operaciones



Fuente: Srta. Raquel González Elizondo, secretaria servicio de Cirugía General, área de Dictado Quirúrgico

Se puede observar que el Dr. Barquero Melchor, jefatura del servicio de Cirugía Oncológica y coordinador de la Unidad Funcional de Patología Mamaria, fue quien realizó la mayor cantidad de cirugías oncológicas en el 2018, con 115 (67,7 %), -es quien tiene la menor cantidad de horas programadas para la actividad de visita a salón-, seguido del Dr. Álvarez Orellana con 30 (17,6 %), y la Dra. Soto Pernudi con 25 (14,7 %), -es quien tiene la mayor programación de horas para la actividad de visita a salón-, y en el primer cuatrimestre del 2019 el Dr. Barquero Melchor también encabeza la producción con 36 procedimientos (50,7 %), el Dr. Álvarez Orellana 21 (29,6 %) y la Dra. Soto Pernudi 14 (19,7 %).

El Reglamento General de Hospitales Nacionales dispone, en el artículo 18, que:

“El director es el funcionario con máxima autoridad en el establecimiento; es responsable de que éste realice en forma completa, continua, humana, oportuna y eficiente, la labor que le está encomendada; de mantener el orden y la disciplina del mismo y de obtener de su capital y su presupuesto el más efectivo rendimiento económico y social. En consecuencia, le corresponde especialmente:

[...]

1) En el orden administrativo

[...]

j) Hacer presente a las autoridades correspondientes las medidas que crea aconsejables para la mejor marcha del establecimiento o para la solución de aquellos problemas que excedan a sus facultades”.



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

El Modelo Funcional y Organizacional del Departamento de Hemato-Oncología en los Hospitales Nacionales Generales y Hospital Nacional de Niños, dispone en relación con la “Política de Red de Servicios de Salud”, y en algunas de las “Responsabilidades de los niveles organizacionales y funciones sustantivas. Nivel: Departamento de Hemato-Oncología”, lo siguiente:

“La prestación de los servicios se debe gestionar y desarrollar con un enfoque de red, en respuesta a las políticas y estrategias institucionales definidas en el documento “Una CCSS renovada hacia el 2025”, para lograr una atención eficiente y eficaz”.

“Coordinar con el Departamento de Cirugía la asignación de las salas quirúrgicas, con base en la programación establecida y los requerimientos de la organización, a efecto de satisfacer las necesidades de los pacientes con oportunidad y calidad.

Coordinar las acciones requeridas para la atención integral del paciente con criterios de oportunidad y calidad, con base en la identificación y priorización de las necesidades y en la normativa vigente, para fortalecer el desarrollo de la gestión.

Determinar y plantear los requerimientos de recurso humano especializado en las diferentes unidades internas de trabajo, de acuerdo con el perfil epidemiológico y la demanda de servicios, con el fin de contar con el personal necesario para la prestación oportuna de los servicios.

Administrar y desarrollar proyectos internos específicos del Departamento, con base en las instrucciones superiores y la conformación de equipos de trabajo inter y multidisciplinarios, con el propósito de fortalecer el desarrollo de la gestión y cumplir con los objetivos establecidos.

Identificar y valorar los riesgos que se puedan presentar en el desarrollo de la gestión, de conformidad con las competencias asignadas y la regulación vigente, con el fin de minimizar las consecuencias negativas en la prestación de los servicios.

Propiciar una gestión administrativa eficiente, eficaz y con calidad, mediante el análisis de los procedimientos de trabajo, con el fin de flexibilizar la gestión en función del usuario.

Administrar y controlar los recursos humanos, físicos, tecnológicos, financieros y materiales asignados, de acuerdo con la normativa institucional vigente y las instrucciones superiores, con el fin de racionalizar su utilización, lograr el cumplimiento de los objetivos, las metas definidas y mayor productividad en el desarrollo de la gestión.

Realizar investigaciones técnicas de nuevas prácticas, corrientes modernas y modelos de trabajo, relacionadas con su ámbito de competencia, a partir del análisis de la información, la actualización profesional y los requerimientos internos e institucionales, con la intención de fortalecer el desarrollo de la gestión”.



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

En relación con las responsabilidades del “Nivel: Servicio de Cirugía Oncológica”, el citado documento dispone que:

“Le corresponde coordinar [...] la utilización de las salas de operación y las interconsultas con los diferentes servicios del Hospital. Atiende las emergencias relacionadas con la especialidad de su competencia.

[...] se describen las funciones sustantivas a realizar en este nivel.

Realizar las intervenciones quirúrgicas de cabeza, cuello, tórax, mama, digestivas, ginecológicas, tumores o cualquier otros tejido u órgano que sea sujeto de cambios tumorales malignos, de acuerdo con los protocolos y los procedimientos establecidos, con el objetivo de atender en forma oportuna y con calidad las enfermedades oncológicas de la población”.

Mediante oficio PE-1908-2018, del 21 de junio de 2018, el Dr. Fernando Llorca Castro, Presidente Ejecutivo, comunicó a los gerentes la directriz “Mejoramiento de la Calidad de la Gestión de Servicios de Salud”, en cumplimiento de un acuerdo de la Junta Directiva, instruyendo lo siguiente:

“A la Dirección Médica... De igual forma se instruya a las Jefaturas o Coordinaciones de Servicios gestionen lo necesario para una utilización máxima de la capacidad instalada para la realización de ..., cirugías electivas y ambulatorias”.

Por otra parte, la Sala Constitucional en la sentencia 2004-07532, en relación con el “Derecho fundamental de la salud”, se refirió al retardo en las atenciones de salud que repercuten negativamente en la salud y vida de los usuarios, y la obligación de adaptar los servicios a las necesidades particulares y específicas de estos, sobre todo los que demandan una atención médica inmediata y urgente, sin que la carencia de recursos sean argumentos jurídicamente válidos para eximirlos de esa obligación, puesto que es un imperativo constitucional que los servicios de salud pública sean prestados de forma eficiente, eficaz, continua, regular y celeres.

El Dr. Marco Vinicio Williams González, jefe del Departamento de Hemato-Oncología del hospital México, consultado sobre las razones del porqué el servicio de Cirugía Oncológica no dispone de programación de salas de operaciones, de la importancia de disponer de la misma para ese servicio, y del cómo se está perjudicando la gestión, señaló:

“Es por una estructura organizacional antigua y de cómo fueron dotadas las camas a Cirugía General y las diferentes especialidades quirúrgicas por una decisión de la Dirección General y del Departamento de Cirugía. A partir de noviembre del año pasado se creó el servicio y a partir de marzo de este año se creó la Comisión Gestora de Cirugía General y Cirugía Oncológica para analizar la lista de espera, definiendo la priorización de acuerdo a las unidades funcionales y hemos venido tratando de reunirnos con el coordinador de cada unidad funcional, para analizar aspectos del abordaje de un paciente que van a llegar a



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

fortalecer la gestión de ese grupo, tratando de buscar esa atención oportuna y de calidad que se le pueda brindar a un paciente.

Hay una gran apertura del nivel superior, de la Dirección General del Departamento de Cirugía y de la Jefatura de Cirugía General, como ejemplo puedo citar que en mayo y junio se logró pasar de 4 salas para cirugía de patología mamaria a 5 salas, y de 9 a 12 ganglios centinela en relación con el marcaje de casos para cirugía por parte de medicina nuclear, esto es un gran avance porque se requiere del aporte de recursos extraordinarios de los cuales hay anuencia a facilitarlos.

La mayor parte o porcentaje de programación de las salas de operaciones de Cirugía General de este hospital está destinado a la intervención de la patología oncológica.

Si es importante disponer de una programación para este servicio. Es importante porque entonces se puede realizar la priorización de casos por parte de los cirujanos oncólogos según las salas asignadas.

Si se está perjudicando porque el tiempo óptimo para intervenir un caso oncológico es de 30 días según lo que dispone la literatura internacional, y estamos durando un promedio de 90 días y eso no es conveniente porque puede afectar la expectativa de un tratamiento que puede ser curativo o paliativo. Yo considero que deberíamos contar con una asignación fija semanal de salas de operaciones para mejorar la resolución de la lista de espera siempre y cuando se siga dando el aporte de los médicos cirujanos y todos los equipos de apoyo como se está dando hasta el momento". El subrayado es nuestro

Por su parte, el Dr. Barquero Melchor, consultado sobre la forma de programar las salas de operaciones, la existencia de semanas en las cuales no se asigna ese recurso y el personal se queda sin realizar actividades, así como la posibilidad de redireccionar pacientes a un segundo nivel de atención señaló lo siguiente:

"La asignación de salas de operaciones a las diferentes unidades que hace Cirugía Oncológica es insuficiente. En algunos casos no se pueden efectuar actividades programadas debido a ello.

La forma de organización de las salas de operaciones en estas condiciones de déficit por razones de fuerza mayor debe de responder a las necesidades de las Unidades Funcionales de acuerdo con la demanda de pacientes con cáncer, que debe de ser la prioridad número uno por su impacto en la vida de las personas. El número de salas mínimo necesario ronda los 15 semanales para operar pacientes con cáncer que le compete al servicio de Cirugía Oncológica y la asignación total para Cirugía General es de 10-11 quirófanos. Ahí hay una brecha que se debe de cubrir.

En pacientes con cáncer no es conveniente redireccionar pacientes a un segundo nivel de atención. Abrumadora evidencia demuestra que el mejor tratamiento, el que más cura



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

personas es el que se da en un centro con unidades multidisciplinarias dedicadas como las que tenemos en el hospital México.

Con la asignación de más días quirófano se podría aliviar la brecha, pero a su vez plantearía nuevos desafíos de coordinación pre, trans y postoperatoria”.

La Dra. Soto Pernudi, en relación con la programación semanal de las salas de operaciones, señaló:

“Es dependiente de las necesidades del servicio de Cirugía General. Hay un grupo gestor de sala de operaciones y cada jefatura las asigna según necesidades, es una programación por mes.

El coordinador de la Unidad me informa una semana antes que vamos a tener disponibilidad de sala de operaciones, generalmente lo hacen a través de correo electrónico o un chat que tenemos, puede haber semanas en las cuales no se nos asigne sala de operaciones, ya con ese dato, yo no programo, el que programa es el cirujano general con la información que yo le doy, él me pregunta cuál es el paciente que sigue para programarlo.

Puede ocurrir, pero no es un problema de las solicitudes para adelantar cirugía, los recursos de amparo se manejan en el servicio de Cirugía General y sí sé que han empezado a llegar por temas de cáncer, la lista de espera se mantiene estable, entre diciembre y febrero de este año se notó un repunte en la lista y un aumento en el tiempo de resolución de casos.

Antes había 20 salas y ahora 11. Hay un proceso de contratación para alquilar 5 salas. Se intentó al principio y se utilizaron las salas del CENARE, Clínica Oftalmológica, hospital de Heredia y hubo todo un conflicto, existen patologías en donde el paciente puede salir del contexto de un hospital y otras no, existen ciertas características para el manejo del paciente”. El subrayado es nuestro.

En los anexos 1 y 2 se presentan los comentarios, deliberaciones y parte de los acuerdos tomados en dos de las reuniones organizadas por el Dr. Williams González con la participación de diferentes jefaturas de Departamento y servicios involucrados en la gestión de la lista de espera quirúrgica oncológica y la programación y utilización de salas de operaciones en el hospital México.

En esas reuniones destaca el análisis de aspectos relacionados con la producción anterior y posterior al cierre de las salas de operaciones, el impacto generado y el porcentaje de aprovechamiento, análisis de la lista de espera, referencia de pacientes a otros hospitales de la red de servicios, limitaciones para ubicar pacientes en la lista de espera según Unidad Funcional, crisis de los quirófanos y capacidad actual, aumento de la lista de espera con patología oncológica, pagos por producción, solicitud de anestesiólogos, reordenamiento de pacientes que pertenecen a la red, afectación de tratamientos, beneficiar al servicio de Cirugía General con más salas de operaciones, al menos tres más debido al déficit, pese al aumento de más salas no se ha generado impacto en la lista de espera, priorización de la lista de espera según usuarios del área de atracción, análisis de la



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

distribución de salas de operaciones, con la asignación de 11 salas de operaciones se tienen serias dificultades con la ocupación de camas, derivar pacientes a otro hospital, la conformación de un Comité Gestor de Cirugía Oncológica para que sea el encargado de gestionar y facilitar todas las posibilidades a nivel administrativo y la toma de decisiones, así como el alquiler de salas de operaciones, y la necesidad de crear un Comité Gestor de Cirugía Oncológica, entre otros.

La Dra. Munive Angermüller, en relación con la actividad de visitas médicas y propuesta a nivel de red de servicios para descongestionar el hospital México en cuanto a patología quirúrgica, señaló:

“Normalmente las visitas médicas deberían iniciar temprano, 7:00 a.m. a 8:00 a.m., pero las sesiones clínicas, académicas, administrativas entre otras cosas modifican estos horarios haciendo que el pase de visita se retrase en algunos servicios y generando que el paciente no pueda tener todo a tiempo para su egreso efectivo el mismo día del alta. Otro aspecto que podría ayudar es la distribución del personal médico durante el pase de visita: se distribuya por semana con el fin de dar continuidad a la evolución del paciente y que el jefe de servicio acompañe a ese médico un día por semana (visita general) idealmente el miércoles para que se pueda dar una mejor resolución y egreso de pacientes y no se queden injustificadamente hospitalizados. Actualmente el pase de visita en algunos servicios se divide entre distintos médicos, y es muy difícil la coordinación entre ellos de aspectos clínicos del paciente y esto dificulta los egresos de los pacientes. Todo lo administrativo sería ideal dejarlo para horarios de la tarde. Otro aspecto que ayudaría es mejorar el proceso de pre-egreso, normalmente se presentan inconvenientes por falta de recurso humano para realizar un pre-egreso eficiente y los pacientes se quedan hospitalizados o dilatan más para ser egresados. Sacar el área de atracción directa que tiene el hospital México y distribuirlo por los hospitales regionales o periféricos cercanos con el fin de que la patología que tengamos sea de alta complejidad acorde al nivel de atención”.

Existen dos propuestas para dotar de mayor capacidad resolutive quirúrgica al hospital México, una es el alquiler de salas de operaciones bajo la modalidad de servicios según demanda, tramitado bajo el procedimiento de contratación administrativa 2019CD-000001-2104, por un monto anual máximo de €1.684.167.420,00, adjudicado a la empresa Servicios Hospitalarios Latinoamericanos Integrados S.A., denominado “Hospital La Católica”. Y la otra, según la Ing. Sofía Chaves Zúñiga, funcionaria de la Dirección de Arquitectura e Ingeniería (DAI), está relacionada con los alcances y estado del proyecto denominado “Cuidados Intensivos y Salas de Operaciones (CISOP)” del hospital México, refiriendo que se tramitó mediante la Licitación 2017LN-000004-4402, adjudicada al Consorcio Edica-Luna & Rojas, ya con el contrato firmado, estimándose que el “renglón de construcción”, y de “equipo médico”, se dará en el primer trimestre del 2020.

La disponibilidad y asignación de salas de operaciones de un servicio debe estar ligada a la agenda o programación semanal de actividades de los especialistas, debido a que representa el aprovechamiento de ese recurso en la producción quirúrgica, pero también, tiene estrecha relación con la dotación de camas, conjunto de factores que hacen posible la optimización de los recursos hospitalarios, por lo que, en caso de presentarse limitantes e inconsistencias como las descritas, se



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

podría generar desperdicio de recursos y afectación de la gestión oportuna de la lista de espera quirúrgica oncológica, con afectación directa de los usuarios, poniendo en riesgo su salud y/o vida.

CONCLUSIONES

La capacidad instalada del recurso cama hospitalaria en los servicios de Hematología, Oncología y Cirugía Oncológica del hospital México, así como la dotación de quirófanos para gestionar eficientemente la lista de espera quirúrgica oncológica, plantea retos para las autoridades de ese nosocomio, en vista de las limitaciones que tiene en infraestructura, que le imposibilita su crecimiento, y de recurso humano en áreas específicas de profesionales médicos o de Enfermería, que dificultan realizar una gestión efectiva para optimizar esos recursos, aspectos que podrían variar positivamente en el corto y mediano plazo, con el alquiler de salas de operaciones, o la construcción de una infraestructura nueva con todo el dispositivo quirúrgico que se requiere.

A pesar de las dificultades, existen oportunidades de mejora en aspectos administrativos relacionados con la organización, planificación, ejecución y control de actividades rutinarias, aspectos que están limitando la atención oportuna de la lista de espera quirúrgica oncológica.

Las infecciones asociadas a la atención de la salud son una de esas limitantes que inciden en el alargamiento de las estancias hospitalarias, con los consecuentes costos económicos que eso representa, siendo los indicadores de gestión hospitalaria, instrumentos útiles para la programación, evaluación y control, utilizables como elementos de comparación, cuyas desviaciones de lo normal indican la existencia de una situación a la que debe prestarse atención oportuna, para introducir las modificaciones que sean necesarias con el fin de garantizar que la atención se ajuste a los criterios de calidad; es decir, que sean suficientes, eficientes, oportunos, integrales, continuos, fundamentados en la racionalidad y optimización de los recursos disponibles.

Como el cáncer es una de las principales causas de muerte en el mundo, y se prevé que siga aumentando hasta alcanzar los 11,4 millones de casos en 2030, es importante para la institución, así establecido en el Plan Nacional de Desarrollo 2019-2022, la integración y el fortalecimiento de las acciones relacionadas con la atención de esa enfermedad, con un enfoque integral de la Red Oncológica Nacional mediante la dotación de recursos, el aumento de la capacidad resolutive para la prevención y el diagnóstico temprano; así como el mejoramiento de los recursos disponibles, incluyendo infraestructura y equipamiento para el diagnóstico, tratamiento y cuidado paliativo.

Por eso, es importante para el hospital México, consolidar los proyectos y las estrategias de intervención propuestas buscando mayor eficiencia, tiempos más cortos de atención, mayor cobertura y más satisfacción por parte del usuario, siendo el instrumento "Modelo Funcional y Organizacional del Departamento de Hemato-Oncología en los Hospitales Nacionales Generales y Hospital Nacional de Niños", una herramienta fundamental para organizar ese departamento, debido a que se detalla la estructura organizacional y funcional propuesta, las políticas de funcionamiento, las responsabilidades de los niveles organizacionales y funciones sustantivas.



RECOMENDACIONES

AL DR. DOUGLAS MONTERO CHACÓN, EN SU CALIDAD DE DIRECTOR GENERAL DEL HOSPITAL MÉXICO, O A QUIEN EN SU LUGAR OCUPE EL CARGO

1. Definir la conveniencia de asignar una dotación de camas para el servicio de Cirugía Oncológica, se gestione lo pertinente para incluirlas en los registros del Plan Presupuesto e Informe Estadístico, así como de una programación semanal de salas de operaciones, separadas del servicio de Cirugía General, según lo descrito en los hallazgos 1.1, 2 y 8 del presente informe. El cumplimiento de la recomendación se acreditará con una certificación de las acciones realizadas. **Plazo de cumplimiento: 6 meses.**
2. Realizar las gestiones requeridas con el fin de establecer, en el Plan Presupuesto, un indicador de camas en forma separada para los servicios de Hematología y Oncología, como herramienta de planificación, según lo descrito en los hallazgos 1.2 y 6.1 del presente informe. El cumplimiento de la recomendación se acreditará con una certificación de las acciones realizadas. **Plazo de cumplimiento: 6 meses.**
3. Ordenar se efectúe una revisión y análisis exhaustivo de la lista de espera quirúrgica del servicio de Cirugía General, con el fin de separar y depurar los registros que corresponden al servicio de Cirugía Oncológica, para que éste servicio cuente en los informes estadísticos y de control interno, de sus propios datos y se logre gestionar y priorizar la lista de espera de manera eficiente, según lo descrito en el hallazgo 7 del presente informe. El cumplimiento de la recomendación se acreditará con una certificación donde se evidencien las acciones ejecutadas y el establecimiento de un registro idóneo de la lista de espera quirúrgica oncológica. **Plazo de cumplimiento: 6 meses.**
4. Efectuar un análisis y gestionar lo pertinente en relación con la dotación de camas para los servicios de Hematología y Oncología, en el que se consideren los siguientes aspectos: a) Posibilidades de redistribución y gestión los fines de semana o feriados, según los hallazgos 1.1, 1.2 y 2 del presente informe; b) Los pacientes en lista de espera con Orden de Internamiento esperando una cama, según el hallazgo 4 del presente informe; c) Los pacientes atendidos en el servicio de Consulta Externa, enviados al servicio de Emergencias con Orden de Internamiento, según hallazgo 5 del presente informe; d) Los resultados del análisis de los indicadores de aprovechamiento de los recursos: estancias, ocupación y giro cama, según el hallazgo 6 del presente informe; e) Estancias prolongadas relacionadas con infecciones asociadas a la atención de la salud y procedimiento de egreso de usuarios, según el hallazgo 6.2 del presente informe; f) Valorar la posibilidad de definir áreas exclusivas para el aislamiento de pacientes, según el hallazgo 6.2 del presente informe y; g) Disponibilidad y aprovechamiento del recurso humano de Enfermeras de educación, según el hallazgo 6.2 del presente informe. El cumplimiento de cada aspecto de esta recomendación se acreditará con una certificación donde se detalle para cada punto, las acciones ejecutadas y decisiones adoptadas. **Plazo de cumplimiento: 12 meses.**



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

5. Realizar las gestiones pertinentes para reajustar las condiciones del equipo de endoscopia perteneciente al servicio de Gastroenterología, ubicado en el cubículo 5-30-02, según lo descrito en el hallazgo 3 del presente informe. El cumplimiento de la recomendación se acreditará con una certificación donde se acredite las acciones ejecutadas. **Plazo de cumplimiento: 6 meses.**
6. Revisar lo relacionado con la programación de la actividad médica denominada “pase de visita”, con el fin de determinar oportunidades de mejora en cuanto a su mejor ubicación dentro del horario y uniformidad en el seguimiento clínico por parte del médico, según lo descrito en el hallazgo 8 del presente informe. El cumplimiento de la recomendación se acreditará con una certificación que demuestre las acciones ejecutadas. **Plazo de cumplimiento: 6 meses.**
7. Efectuar un análisis de las unidades que conforman la Red Integrada de Servicios de Salud (RISS) adscritas al hospital México, mediante el cual se determinen oportunidades de mejora para derivar usuarios de la lista de espera quirúrgica que, por su complejidad, puedan ser operables en un segundo nivel de atención. De los resultados obtenidos y de proceder, realizar las gestiones pertinentes y, de ser necesario, gestionar el apoyo del nivel central, con el objetivo de optimizar al máximo los recursos del hospital México, y se logre gestionar la lista de espera quirúrgica, el uso de las salas de operaciones y la disponibilidad de camas, según lo descrito en el hallazgo 8 del presente informe. El cumplimiento de la recomendación se establecerá con la emisión de una certificación donde se acredite el análisis efectuado y las acciones realizadas. **Plazo de cumplimiento: 6 meses.**

COMENTARIO DEL INFORME

De conformidad con lo dispuesto en el artículo 45 del Reglamento de Organización y Funcionamiento de la Auditoría Interna de la CCSS, los resultados de la presente evaluación fueron comentados con los doctores: Douglas Montero Chacón, Luis Esteban Fonseca Jiménez y Luis Granados Hernández, Director General, Médico Asistente General del departamento de Hemato-Oncología y Médico Asistente General de la Dirección General del hospital México. El Dr. Montero Chacón efectuó las siguientes observaciones: *“Recomendación 3: Ampliar el plazo a 6 meses. Recomendación 4: Punto f: Modificar e incluir: “Valorar la posibilidad de definir áreas exclusivas para el aislamiento de pacientes...”, Punto g: Modificar e incluir: “...enfermeras de educación...”.* Recomendación 5: Modificar e incluir: *“...para reajustar las condiciones...”.*

ÁREA GESTIÓN OPERATIVA

Lic. Óscar Madrigal Benavides
ASISTENTE DE AUDITORÍA

Lic. Geiner Arce Peñaranda, Mgtr.
JEFE DE SUBÁREA

OSC/GAP/OMB/jfrc
Ci: Auditoria





Anexo 1
Acta de la reunión del 4 de marzo de 2019

“El Dr. Jiménez Ramírez: Manifiesta que analizó la producción anterior y posterior al cierre de las salas de operaciones, lo que evidentemente impactó la lista de espera y el uso de las salas de operaciones, agrega que el porcentaje de aprovechamiento de los quirófanos es cercano al 60% actualmente, además refiere que solamente se ha programado pacientes con diagnóstico de cáncer en horario ordinario y que se han realizado acercamientos con la Red para minimizar el impacto en la lista de espera.

Considera necesario que la lista de espera se analice con más detenimiento, ya que existen pacientes que se pueden referir a la Red, agrega que actualmente se cuenta con 9 salas de operaciones y 5 de ellas en la clínica oftalmológica donde se atienden pacientes de baja complejidad, describe que analizando la lista de espera y con la implementación del Sistema ARCA existen pacientes en lista que no se pueden categorizar en ninguna Unidad Funcional, por lo cual considera necesario analizar con detenimiento los pacientes que se encuentran en espera.

“Dr. Méndez Jiménez: Realizó un análisis cualitativo de la ocupación de sala de operaciones después del 2014 e indica que pese a la situación de crisis con los quirófanos se obtuvo una ocupación de sala elevada; menciona que en la actualidad se programan pacientes con diagnóstico de cáncer y con traumatismos, lo que genera un impacto en la espera de los pacientes de los otros Servicios que conforman el Departamento de Cirugía y del Hospital en general, menciona que parte de la problemática de la capacidad actual en sala de operaciones se debe a los recursos de amparo que ocasionan la premura de operar pacientes por encima de la lista de espera; considera que la lista de espera con patologías oncológicas va en aumento y el pago por producción ha logrado que las demás patologías se puedan atender en tiempo vespertino, liberando salas de operaciones durante el día para operar patologías oncológicas, menciona que dentro de sus posibilidades brindará prioridad al Servicio de Cirugía General.

Señala que se reanuda el Proyecto de pago por producción donde se utilizarán las salas de operaciones en tiempo vespertino. Al respecto el Dr. Gustavo Jiménez menciona que dentro del plan de pago por producción se planteó la posibilidad de incluir a las pacientes que requieren de ganglio centinela. El Dr. Méndez señala que se está trabajando en el Proyecto denominado 5/20 lo que aumentará el giro cama y en lo que respecta al recurso humano se está solicitando el recurso de tres anestesiólogos más, donde se prevé que el ingreso de uno o dos de ellos sea en el mes de agosto 2019”.

“Dr. Barquero Melchor: En relación a la posibilidad de referir a los pacientes con diagnósticos oncológicos a la Red, El Dr. Barquero considera que actualmente mucho personal ubicado en la Red con experiencia en pacientes oncológicos se han jubilado, por lo que a su criterio personal todo paciente debe ser atendido con la misma calidad, y es en el Hospital México que se cuenta con el recurso humano capacitado para atender a estos pacientes, menciona el ejemplo de las pacientes de la unidad de mama donde al existir un equipo multidisciplinario se mejora la atención brindada y puede resultar en que más pacientes sean referidas al Hospital México buscando la misma calidad en la atención. Al respecto el Dr. Méndez refiere que pese a que el profesionalismo del Hospital se ha evidenciado y por ende se ha dado a conocer, es importante realizar un ordenamiento de los pacientes que pertenecen a la Red y que son atendidos en el Hospital, ya que resulta difícil para el Hospital abordar todas las áreas de atracción y al existir tanto volumen de pacientes, esto puede resultar en una afectación del tratamiento, por lo que a su criterio es necesario analizar las listas de espera y su área de atracción”. El subrayado es nuestro.

“Dra. Guevara Rivera: En relación a referir a los pacientes a la Red, manifiesta que se deben operar donde se les brinde la mejor oportunidad de atención”.

En uno de los “acuerdos tomados”, en el acta en mención se indicó:

“En caso de que se realice la suspensión de alguna cirugía programada, el Dr. Méndez brindará esta Sala al Servicio de Cirugía General y por ende beneficiará al Servicio de Cirugía Oncológica”.



Anexo 2

Acta de reunión efectuada el 8 de abril de 2019

“Dr. Barquero: comunica que para solventar la lista de espera de 31 días se necesitan al menos la asignación de tres salas de operaciones por semana, por lo cual considera que en la actualidad existe un déficit. Al respecto el Dr. Jiménez indica que pese a que actualmente se tienen asignados 11 quirófanos para el Servicio de Cirugía General a su criterio no se ha generado avances en la lista de espera debido al incremento en los recursos de amparo”.

El Dr. Méndez considera que los criterios que se manejan en la Unidad de Mama son los idóneos pero recuerda que existen otros servicios con múltiples necesidades de Sala de Operaciones, además enfatiza que pese a que se están valorando los pacientes oncológicos que se encuentran en la lista de espera del Servicio de Cirugía General también existen otros Servicios que tienen pacientes oncológicos en sus listas; refiere que analizó con el Dr. Montero los pacientes en lista de espera de las Unidades Multidisciplinarias entre ellas la Unidad de Mama, lo que preocupó al Dr. Montero; por ello el Dr. Méndez considera necesario que se priorice la lista de espera, ya que a su criterio se deben seleccionar pacientes que pertenezcan al área de atracción, por ello considera que restringir las Salas de Operaciones de otros Servicios sería restringir las cirugías de pacientes oncológicos también, por lo cual manifiesta que para el mes de mayo 2019 se debe analizar detenidamente la distribución de las Salas de Operaciones.

El Dr. Jiménez indica que actualmente con la asignación de las 11 salas de operaciones se tienen serias dificultades con la ocupación de camas, por ello en caso de realizar la apertura de más salas de operaciones se debe considerar el impacto que esto tiene en la ocupación de las camas en hospitalización. Al respecto, el Dr. Méndez indica que es conocedor de la problemática en la ocupación de camas, además de la situación de las Unidades de Cuidados Intermedios que se encuentran saturadas, por lo que se prevé que con el Proyecto del Edificio de las Salas de Operaciones se cuente con el recurso de Sala de Operaciones e infraestructura.

El Dr. Williams refiere que es importante recordar que el Hospital es el responsable de la población Noroeste del país; por lo que debido al expertiz de las Unidades Multidisciplinarias le corresponde valorar si existe otro lugar donde se puedan derivar los pacientes y que puedan recibir una atención con calidad. Por otra parte, el Dr. Williams desea conocer el impacto que se va a generar con el recurso del alquiler de las Salas de Operaciones en el área privada, específicamente en la lista de espera de los pacientes Hemato Oncológicos. Al respecto el Dr. Méndez refiere que en el Proyecto de Alquiler de Salas de Operaciones se incluyeron cinco Servicios luego de realizar un análisis de las listas de espera de cada Servicio, por lo que para el Servicio de Cirugía General se asignará dos salas de operaciones por día, para un total de diez salas de operaciones a la semana y esto impactaría en las listas de espera.

El Dr. Blanco [...] refiere que cuando se programan pacientes de ganglio centinela es necesario coordinar la logística para la cirugía, de ahí la importancia de las Unidades Multidisciplinarias que son un respaldo en el momento de la toma de decisiones, por ello considera a criterio personal que, aunque un paciente no pertenezca al área de atracción no se le debe negar la atención de calidad que se brinda en el Hospital México.

El Dr. Méndez sugiere la necesidad de que se conforme un “Comité Gestor de Cirugía Oncológica” para que sea el que el encargado de gestionar y facilitar todas las posibilidades a nivel administrativo y la toma de decisiones, por ello propone que el Dr. Williams sea el coordinador del Comité.

Acuerdo tomado: Por unanimidad se conforma el “Comité Gestor de Cirugía Oncológica” y los presentes aceptan ser miembros del Comité.

El Dr. Barquero desea conocer la posición del Dr. Méndez en relación al manejo de los pacientes de la Red, ya que recientemente se concretó reunión con el Dr. Gonzalo Azúa Córdoba, Director del Proyecto de Fortalecimiento de la Atención Integral del Cáncer en la Red de la CCSS y se mencionó la necesidad de abordar a los pacientes con manejo multidisciplinario. Al respecto, el Dr. Méndez manifiesta que se encuentra en total acuerdo con el trabajo oncológico que realizan las Unidades Multidisciplinarias y que cuentan con su apoyo. Al respecto el Dr. Jiménez, refiere que el tema del manejo de las pacientes de la Red se debe manejar con cautela ya que no es fácil comunicarle a un cirujano de otro Hospital que no cuenta con el expertiz para abordar un paciente oncológico. El Dr. Blanco indica que para ello es importante que existan directrices muy claras en el manejo de los pacientes.



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

Anexo 2

Acta de reunión efectuada el 8 de abril de 2019

El Dr. Sibaja considera importante que el Servicio de Cirugía Oncológica cuente con una sala de operaciones adicional además de que se aborde el tema de ganglio centinela,...

El Dr. Barquero comunica que se requieren al menos 5 salas de operaciones por semana y programar 12 ganglios centinelas...

El Dr. Barquero indica que el volumen de pacientes que requieren de tratamiento primario se encuentra en las listas de espera de Cirugía General, por lo que sugiere que el Comité en la próxima reunión se dedique a buscar soluciones para las pacientes que se encuentran en lista de espera de la Unidad de Mama y los pacientes en lista de espera de Cáncer Gástrico que va en aumento.

La Dra. Soto manifiesta que actualmente se cuenta con la lista de prioridad para sustituir pacientes en caso de alguna suspensión en sala de operaciones, pero que la lista de espera va en aumento según análisis realizado. En relación al Proyecto de Alquiler de las Salas de Operaciones que se implementará en el mes de agosto 2019, considera importante que se valore cuales Unidades podrían operar dichas Salas. Al respecto el Dr. Méndez indica que la programación que se realice en el Proyecto de las Salas alquiladas le compete a cada Servicio, por lo que considera importante que Cirugía General trabaje en la planeación de la programación, ya que se le asignará dos salas de operaciones por día y se contará con lo necesario (equipos y recurso humano). En relación a este asunto el Dr. Barquero indica que es importante que en el Proyecto de Alquiler de las Salas de Operaciones se incluya el marcaje de las pacientes de ganglio centinela, el Dr. Méndez refiere que no se encuentra incluido pero que el Comité Gestor de Cirugía Oncológica en su momento lo puede gestionar.

En relación con la programación de Salas de Operaciones en el mes de mayo 2019 el Dr. Williams desea conocer la distribución. Al respecto el Dr. Méndez refiere que se le asignará una sala adicional al Servicio de Cirugía General".



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

Anexo 3
Agenda semanal Dr. Herman Barquero Melchor

Hora	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	
7:00- 8:00	Cirugía (alterna con cirugía menor)	Sesión Unidad	Sesión Departamento Hemato Oncología	Sesión Cirugía General	Sesión de Medicina y DHO	
8:00- 9:00		Visita Salón	Visita Salón	SOP	Visita Salón	
9:00- 10:00		UPM CE S13 C1 Preoperatoria 4 Sub *1eros y 3eros martes de cada mes	Consulta externa UPM CE S13 C8 2 Sub 1 Nuevo		Consulta externa UPM CE S14 C7.7 2 Sub 1 Nuevo	
10:00- 11:00		UPM CE S13 C1 Preoperatoria 4 Sub *1eros y 3eros martes de cada mes	Consulta externa UPM CE S13 C8 2 Sub 1 Nuevo		Consulta externa UPM CE S14 C7.7 2 Sub 1 Nuevo	
11.00 – 11.30	Almuerzo	UPM	Almuerzo	Almuerzo	Almuerzo	
11:30- 12:00	Cirugía (alternar casos para sesión UPM)	CE S13 C1 Preoperatoria 4 Sub *1eros y 3eros martes de cada mes	Consulta externa UPM CE S13 C8 2 Sub	SOP	Consulta externa UPM CE S14 C7.7 2 Sub	
12:00- 13:00		UPM CE S13 C1 Preoperatoria 2 Sub *1eros y 3eros martes de cada mes	Consulta externa UPM CE S13 C8 2 Sub 1 Nuevo		Consulta externa UPM CE S14 C7.7 2 Sub 1 Nuevo	
13:00- 14:00		Almuerzo	Revisión de Biopsias UPM		Consulta externa UPM CE S13 C8 2 Sub 1 Nuevo	Sesión de casos Pos- Operatorios de UPM
14:00- 15:00			Consulta externa UPM CE S13 C8 2 Sub 1 Nuevo			
15:00- 16:00			Consulta externa UPM CE S13 C8 2 Sub 1 Nuevo			





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

Anexo 4
Agenda semanal Dr. Álvarez Orellana

Hora	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes				
7:00- 8:00	Visita General	Visita	Visita	Visita	Visita				
8:00- 9:00		Interconsultas / Procedimientos	Administrativo	Interconsultas / Procedimientos	SOP				
9:00- 10:00						CE S14 C7.1A 2 sub 1 nuevo			
10:00- 11:00						CE S14 C7.1A 2 sub 1 nuevo			
11:00- 12:00	CE S14 C7.1A 2 sub 1 nuevo	Almuerzo	Almuerzo	Almuerzo	Almuerzo				
12:00 – 12.30									
12:30- 13:00	Administrativo					Sesión CTHCHB	Sesión CTHCHB	CE S13 C1 2 sub 1 nuevo	SOP
13:00- 14:00	Consulta Externa Hepatobiliar					CE S13 C1 2 sub 1 nuevo			
14:00- 15:00	Consulta Externa Hepatobiliar	CE S13 C1 2 sub 1 nuevo							
15:00- 16:00	Consulta Externa Hepatobiliar	CE S13 C1 2 sub 1 nuevo							



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

Anexo 5
Agenda semanal Dra. Soto Pernudi

Hora	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	
7:00- 8:00	Visita Unidad Esófago-gástrico	Sesión Multidisciplinaria de Tumores digestivos	Sesión de departamento/ visita en Unidad de digestivo alto	Visita de tejidos Blandos / Sesión de cirugía plástica / Sesión de Tórax	Sala de operaciones Unidad de Esófago gástrico o de Tejidos Blandos	
8:00- 9:00		Sesión de la unidad de Digestivo alto, revisión de casos y visita / Sala de operaciones cirugía mayor de tejidos blandos	Visita Unidad Tejidos Blandos			Visita de digestivo alto / Sala de operaciones ambulatoria Unidad de Tejidos Blandos
9:00- 10:00	Revisión de los casos de lista de espera de cáncer gástrico	CE S13 C3 2 sub 1 nuevo	Sesión multidisciplinaria de Melanoma	Almuerzo		
10:00- 11:00		CE S13 C3 2 sub 1 nuevo	CE S13 C4 2 sub 1 nuevo			
11:00- 12:00	Revisión de lista de tejidos blandos	Revisión de casos de tejidos blandos	CE S13 C4 2 sub 1 nuevo			Sala de operaciones ambulatoria Unidad de Tejidos Blandos
12:00- 12:30			CE S13 C4 2 sub 1 nuevo			
12:30- 13:00	Almuerzo	Almuerzo	Almuerzo		Almuerzo	
13:00-14:00	Contravisita / sala de operaciones	Sesión Multidisciplinaria de sarcomas	CE S13 C4 1 nuevo		Licencia de Lactancia	
14:00-14:30			Almuerzo			
14:30- 15:00	Licencia de Lactancia	Licencia de Lactancia	Licencia de Lactancia	Licencia de Lactancia		
15:00- 16:00						