



**AGO-39-2020**  
**18-05-2020**

## RESUMEN EJECUTIVO

El estudio se realizó de conformidad con el Plan Anual de Trabajo 2020 del Área Gestión Operativa de la Auditoría Interna y en atención a denuncia DE-140-2019, relacionada con presuntas irregularidades en el servicio de Emergencias, actividad quirúrgica, adquisición de equipos y recursos humanos, entre otros.

El análisis realizado evidenció debilidades en la gestión del servicio de Consulta Externa en aspectos de planificación del recurso humano, por cuanto algunos profesionales en ciencias médicas no han cumplido con el tiempo de atención requerido a nivel institucional, lo cual conlleva el eventual desaprovechamiento de horas médicas; subutilización de cupos y consultorios, afectando el porcentaje de resolución de la lista de espera y en la calidad de los datos registrados en el Sistema Integrado Agendas y Citas (SIAC).

Es necesario enfocarse en mecanismos que permitan subsanar las debilidades evidenciadas por esta Auditoría en relación con el uso de los recursos disponibles, con el fin de fortalecer el Sistema de control interno e impactar positivamente en la prestación de los servicios en temas relacionados con programación del recurso humano de las especialidades médicas, producción, uso de consultorios y las listas de espera en las diferentes especialidades.

Respecto al servicio de Emergencias, se evidenciaron riesgos que podrían afectar la calidad y oportunidad de atención de los asegurados, por motivo de espacios físicos reducidos, estancias prolongadas en el área de Observación; atención reiterada de pacientes policonsultantes y de casos “no urgentes” que generan la saturación de los servicios, entre otros aspectos que requieren un mayor control y gestión por parte de la jefatura a cargo, así como colaboración de autoridades institucionales, en torno a la revisión y/o fortalecimiento de la gestión del primer nivel de atención.

Sobre el servicio de Hospitalización, aunque la Administración Activa ha efectuado acciones de control, estas no han tenido un impacto positivo en el tiempo de espera de quienes requieren internamiento, ni en las estancias hospitalarias, lo cual podría mejorar con la eventual implementación de alternativas a la hospitalización convencional, como es el “Hospital de Día”. Entre las principales limitaciones evidenciadas, se encuentra la dependencia de otros centros médicos para estudios especializados.

El proceso de la actividad quirúrgica reflejó debilidades en el aprovechamiento y uso de las salas de operaciones, horas de inicio, recambio entre cirugías, así como en la programación de la agenda quirúrgica.

En la gestión de recursos humanos se requiere un mayor involucramiento de la Unidad encargada como asesor de la Dirección, Administración y demás jefaturas para resolver lo concerniente a las materias salariales, tiempo extraordinario, vacaciones y control del cumplimiento de la jornada laboral contratada, así como supervisión de los procedimientos de recursos humanos, por parte de la administración del hospital y revisión de la planilla salarial.



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

Además, se reflejó la necesidad de mejorar el clima organizacional del hospital San Francisco de Asís, según los resultados generados por la evaluación del Grupo de Apoyo Técnico (GAT) y el sondeo de opinión a funcionarios efectuado por esta Auditoría.

Por otra parte, la brecha entre la oferta de servicios y la cantidad de usuarios conlleva listas de espera y plazos prolongados para procedimientos de diagnóstico y tratamiento, lo que ha generado que algunos ciudadanos interpongan -vía judicial- recursos de amparo, de los cuales se evidenciaron aspectos que requieren mejoras en la gestión y control del nivel local.



## ÁREA GESTIÓN OPERATIVA

### EVALUACIÓN DE LA GESTIÓN MÉDICA Y ADMINISTRATIVA DEL HOSPITAL SAN FRANCISCO DE ASÍS, U.E. 2206

#### ORIGEN DEL ESTUDIO

El estudio se desarrolló en cumplimiento del Plan Anual de Trabajo 2020 del Área Gestión Operativa de la Auditoría Interna y en atención a denuncia DE-140-2019, relacionada con presuntas irregularidades en el servicio de Emergencias, actividad quirúrgica, adquisición de equipos y recursos humanos, entre otros.

#### OBJETIVO GENERAL

Evaluar la gestión médica y administrativa del hospital San Francisco de Asís, así como los hechos descritos en la denuncia DE-140-2019.

#### OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Evaluar la gestión del servicio de Consulta Externa en aspectos relacionados con la productividad de las especialidades médicas, el porcentaje de la programación, distribución y utilización de las horas contratadas de médicos asistentes especialistas, así como el uso y aprovechamiento de los consultorios médicos.
- Evaluar la gestión de los servicios de Emergencias y Hospitalización, respecto a la oportunidad de atención de los asegurados.
- Verificar los procesos de la actividad quirúrgica en cuanto a la cancelación de cirugías, planificación, programación y aprovechamiento de recursos.
- Analizar el estado y porcentaje de resolución de las listas de espera en las diferentes especialidades médicas.
- Evaluar la gestión de la Unidad de Gestión de Recursos Humanos en lo referente al control en los procesos de selección de personal, y pago de nóminas salariales.
- Evaluar el abordaje de los recursos de amparo por listas de espera.
- Verificar el cumplimiento de las disposiciones normativas en los procesos de contratación administrativa.
- Analizar la infraestructura del hospital en lo referente al servicio de Nutrición y sala de lactancia.

#### ALCANCE

El estudio comprendió la revisión de las acciones realizadas por las autoridades locales del hospital San Francisco de Asís, en cuanto a la Consulta Externa, Emergencias, Hospitalización, la actividad quirúrgica, lista de espera, gestión de recursos humanos, infraestructura y equipamiento, recursos de amparo, entre enero y diciembre de 2019, ampliándose en los casos 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, archivos digitales y/o sistemas de información:
  - ✓ Sistema Identificación Agendas y Citas (SIAC).
  - ✓ Cubos de Consulta Externa y Urgencias del Expediente Digital Único en Salud (EDUS).
  - ✓ Rol de actividades del servicio de Emergencias y bitácora de reunión del Grupo Gestor de Camas.
  - ✓ Lista de espera quirúrgica 2019.
  - ✓ Expedientes de salud, egresos y usuarios operados.
  - ✓ Datos sobre el rendimiento de las salas de operaciones (TUSH).
  - ✓ Informe de control interno de las cirugías implementado en el servicio de Enfermería.
  - ✓ Documentación referente al ambiente laboral, en el proceso de programación quirúrgica con especialistas de los servicios de Otorrinolaringología y Dermatología.
  - ✓ Expedientes de compra de equipo médico.
  - ✓ Documentación relacionada con el servicio de Nutrición.
  - ✓ Informe del Mayor Auxiliar de Asignaciones Presupuestarias.
  - ✓ Planilla ampliada, registro de elegibles, control de asistencia y vacaciones, así como expedientes de personal.
  - ✓ Informe de la supervisión efectuada por la Dirección de Red Integrada de Prestación de Servicios de Salud Central Norte.
  - ✓ Sistema de registro de los Recursos de Amparo y seguimiento a sentencias de la Sala Constitucional.
  - ✓ Expedientes Judiciales de Recursos de Amparo y Contencioso Administrativo.
- Inspección física en el servicio de Emergencias, salones de Hospitalización y lactancia materna.
- Diseño y aplicación de cuadros estadísticos para el análisis del índice de productividad y uso de consultorios de la Consulta Externa.
- Entrevistas y/o solicitud de información a los siguientes funcionarios del hospital San Francisco de Asís:
  - ✓ Dr. Luis Diego Alfaro Fonseca, Director Médico.
  - ✓ Dr. Hernán López Salas, Asistente Médico de la Dirección Médica.
  - ✓ Dra. Hailyn Solano Castro, Médico Asistente de la Dirección Médica.
  - ✓ Lic. William Vargas Chaves, Director Administrativo Financiero.
  - ✓ MBA. Javier Sánchez Suárez, jefe Unidad de Gestión de Recursos Humanos.
  - ✓ Dra. Xinia Ávila Matamoros, jefe servicio de Emergencias.
  - ✓ Dr. Edgar Jovel Vega Villalobos, jefe Consulta Externa, hasta el 19 de febrero de 2020.
  - ✓ Dr. Juan Carlos Jiménez Fallas, jefe Consulta Externa, a partir del 20 de febrero del 2020.
  - ✓ Dr. Omar Solano Castro, miembro del Grupo Gestor de Camas.



- ✓ Dr. Francisco Emmanuel Arias Céspedes, médico asistente general de Sala de Operaciones.
- ✓ Doctoras Raquel Zeledón Jarquín y Daniela Escobar Arguedas, médicos asistentes especialistas en Otorrinolaringología.
- ✓ Dr. Fu LynYu Tseng, médico asistente especialista en Dermatología.
- ✓ Dra. Anabelle Quirós Sánchez, jefe de Farmacia.
- ✓ Dra. Sindy Vanessa Salas Espinoza, jefe de Enfermería.
- ✓ Doctoras Verónica Alfaro Quesada y Ana Lizeth Campos Alfaro, enfermeras de Sala de Operaciones.
- ✓ Licda. Andrea Viales Viales, Gestor Agendas-Redes.
- ✓ Lic. Willy Rodríguez Fernández, jefe Área de Gestión de Bienes y Servicios.
- ✓ Lic. Christian Mata Arrieta, Asesor Legal.
- ✓ Sondeo de opinión a funcionarios.

## MARCO NORMATIVO

- Ley General de Control Interno, del 4 de setiembre 2002.
- Ley Administración Financiera de la República y Presupuestos Públicos, La Gaceta 198 de octubre de 2001.
- Ley de Derechos y Deberes de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud Públicos y Privados, del 2 de abril de 2002.
- Código de Trabajo, del 29 de agosto de 1943.
- Reglamento Interior de Trabajo de la Caja Costarricense de Seguro Social, del 26 de junio de 2003.
- Manual para la Gestión de los Servicios de Consulta Externa en el Marco de un Plan de Atención Oportuna, del 1º de enero de 2018.
- Normas de Control Interno para el Sector Público, del 6 de febrero del 2009.
- Normativa de Relaciones Laborales de octubre de 2010.
- Guía de ingreso, resolución y depuración de listas de espera para procedimientos médicos y quirúrgicos, setiembre 2015.
- Guía para la Gestión de los Servicios de Consulta Externa.
- Política y lineamientos institucionales para la gestión de las listas de espera para el 2011.
- Modelo Tarifario Seguro de Salud, 01 de julio de 2019.
- Instructivo para el trámite y pago de Jornada Extraordinaria, Circulares DRH-198-98 y DRH-369-98, del 24 de marzo y 4 de junio de 1998.
- Protocolo control de calidad de la nómina salarial ordinaria de la Caja Costarricense de Seguro Social a nivel local, julio de 2009.
- Procedimiento para la Tramitación y ejecución de Acciones de Regreso.
- Circulares GDA-31991-07 del 6 de agosto 2007, DAGP-0767-2011 del 1º de julio de 2011, DAGP-1560-2011 del 30 de noviembre de 2011, DAGP-0936-2014 del 19 de agosto de 2014 y DAGP-0041-2016 del 18 de enero de 2016, de la Dirección de Administración y Gestión de Personal.
- Circular SAE-156-2011 del 28 de julio de 2011, referente a los plazos para realizar las pruebas del EIS, Circular 47-1996 del 29 de febrero de 1996 "Conformación y Contenido del Expediente Personal", Circular 142-2005 del 8 de febrero de 2005 y 32858 del 9 de noviembre de 1998 "Juramentación del Nuevo Empleado Público", Circular 14662 del 22 de setiembre de 1998 "Directrices en materia de Equipos interdisciplinarios de Selección (EIS)", Circular 12464 del 16 de julio de 1998 "Presentación de fotocopias de títulos universitarios.", Circular 754 del 16 de febrero de 1994 "Certificados de bachillerato por madurez."



## DISPOSICIONES RELATIVAS A LA LEY GENERAL DE CONTROL INTERNO 8292

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 en razón de lo preceptuado en los numerales 36, 37 y 38 de la Ley 8292 en lo referente al trámite de nuestras evaluaciones; al igual que sobre las posibles responsabilidades que pueden generarse por incurrir en las causales previstas en el artículo 39 del mismo cuerpo normativo, el cual indica en su párrafo primero:

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

### HALLAZGOS

#### 1. SOBRE LA CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL SAN FRANCISCO DE ASÍS

##### 1.1 DEL ÍNDICE DE PRODUCTIVIDAD DE LAS ESPECIALIDADES MÉDICAS

Para obtener datos sobre la productividad de las especialidades médicas y algunas no médicas (Psiquiatría y Psicología), se analizaron aspectos del hospital San Francisco de Asís relacionados con la planificación del recurso humano, producción y listas de espera. Los resultados evidenciaron la importancia de fortalecer el control y gestión de la Consulta Externa, en aspectos relacionados con la programación de actividades médicas, así como horas y cupos no utilizados, de acuerdo con lo siguiente:

- **Planificación del recurso humano**

Esta Auditoría realizó un análisis del tiempo programado y ejecutado por 37 médicos especialistas durante el período comprendido entre junio y diciembre de 2019, equivalente a 146 días hábiles, determinándose que 31 profesionales laboraron la jornada ordinaria completa de 8,8 horas y 6 de ellos estuvieron con jornada reducida, ambos durante el primer turno, para un total de 42 206,5 horas contratadas.

Del total de horas contratadas, estuvieron disponibles para Consulta Externa 18 313,1 horas (un 44 %) para actividades médicas como procedimientos de diagnóstico, Hospitalización, interconsultas, Sala de Operaciones y Urgencias 12 377,6 horas (un 29 %), y el restante 27 % corresponde a 11 515,83 horas en actividades no médicas, como alimentación, vacaciones, licencias, incapacidades, permisos, capacitaciones, sesiones y otras actividades administrativas, lo cual disminuye la atención directa a usuarios.

De las actividades programadas a esos 37 médicos especialistas, se obtuvo que siete profesionales presentaban una programación menor al 20 % del tiempo contratado para brindar Consulta Externa y, en casi la totalidad de los casos (36 médicos), el aprovechamiento del tiempo asignado a la Consulta Externa



fue inferior al 85 % establecido en la normativa institucional. A continuación, se detallan los siete médicos especialistas que presentaron un tiempo disponible para Consulta Externa menor al 20 %, incluso algunos con resultados negativos ante la imposibilidad de programar atención médica:

**CUADRO 1**  
**HOSPITAL SAN FRANCISCO DE ASÍS**  
**PORCENTAJES DE ASIGNACIÓN DE ACTIVIDADES PARA ESPECIALISTAS CON DISPONIBLE**  
**PARA CONSULTA EXTERNA MENOR AL 20 %**

ESPECIALIDAD	MÉDICO	PORCENTAJE DISPONIBLE PARA CONSULTA EXTERNA	PORCENTAJE HORAS DE NO ATENCIÓN DIRECTA	PORCENTAJE HORAS DE ATENCIÓN DIRECTA
Cardiología	Mary Alexandra Guzmán	19 %	57 %	24 %
Cirugía general	Sabrina Angélica Alfaro	-27 %	79 %	49 %
Dermatología	Fu Lin Yu Tseng	-8 %	88 %	20 %
Fisiatría	Susy Rodríguez Ramírez	-6 %	51 %	55 %
Ginecología	Rodolfo Alberto Portillo	15 %	29 %	56 %
Ginecología	Oscar Eduardo Montero	16 %	49 %	34 %
Ortopedia	Doris Carolina Díaz González	-52 %	106 %	46 %

**Fuente:** Cuadro estadístico 1 – Planificación RH.

Además, se comprobó que, de las 18 313,1 horas disponibles para Consulta Externa, se programaron únicamente 12 191,67 (el 67 %), y se utilizaron 10 767,8 horas (59 %), siendo este último porcentaje el aprovechamiento de la Consulta Externa. De lo anterior, se estima que dejaron de utilizar 7 545,3 horas (un 41 %), equivalentes a 22 635 pacientes en el entendido que dos son de control y uno nuevo por hora.

Por otra parte, 2 346 cupos no se utilizaron (335 cupos promedio por mes), y 819 consultas no fueron efectuadas, para un total de 3 165 cupos que no fueron aprovechados durante los siete meses de análisis. A continuación, se detallan los cinco médicos que generaron el 51 % de cupos sin utilizar:

**CUADRO 2**  
**HOSPITAL SAN FRANCISCO DE ASÍS**  
**ESPECIALISTAS CON MÁS CUPOS SIN UTILIZAR**

ESPECIALIDAD	MÉDICO	CUPOS NO UTILIZADOS
Dermatología	Marcela Alfaro Morera	103
Geriatría	Ángela Beatrice Quesada	114
Medicina del Dolor	Yesenia Altamirano	265
Medicina Familiar	Anthony Josué Solano Ureña	133
Medicina Interna	Edwin Arturo Hidalgo	438
Cirugía General Infantil	Adriana Villalobos	142

**Fuente:** Cuadro estadístico 1 – Planificación RH

También, se evidenció un porcentaje promedio de ausentismo de un 14 %, valor que se ubica dentro de la zona de riesgo, esto según la Guía para la Gestión de los Servicios de Consulta Externa, que señala en el Cuadro 3 Indicadores de la Gestión de la Consulta Externa “Zona de riesgo mayor a 10 % y menor de 50 %”.



Al respecto, la Ley General de Control Interno, artículo 8, dispone la obligación de “c) Garantizar eficiencia y eficacia de las operaciones” y “d) Cumplir con el ordenamiento jurídico y técnico”.

Las Normas de Control Interno para el Sector Público, apartado 3.3 -Vinculación con la planificación estratégica-, señalan respecto a los indicadores de gestión, lo siguiente:

“La valoración del riesgo debe sustentarse en un proceso de planificación que considere la misión y la visión institucionales, así como objetivos, metas, políticas e indicadores de desempeño claros, medibles, realistas y aplicables, establecidos con base en un conocimiento adecuado del ambiente interno y externo en que la institución desarrolla sus operaciones, y, en consecuencia, de los riesgos correspondientes.

Asimismo, los resultados de la valoración del riesgo deben ser insumos para retroalimentar ese proceso de planificación, aportando elementos para que el jerarca y los titulares subordinados estén en capacidad de revisar, evaluar y ajustar periódicamente los enunciados y supuestos que sustentan los procesos de planificación estratégica y operativa institucional, para determinar su validez ante la dinámica del entorno y de los riesgos internos y externos”.

La Guía para la Gestión de los Servicios de Consulta Externa, numeral 12 -Avances de la Gestión y rendición de cuentas: Indicadores de Gestión-, indica un parámetro del 85 % para el aprovechamiento de las horas disponibles para consulta externa.

Esa misma guía, numeral 12.3 -Sobre la producción de la Consulta Externa-, establece:

“Siendo que la Consulta Externa es un servicio que se desarrolla mediante la colaboración de Servicios Médicos y No Médicos, mensualmente deberá analizar la producción lograda y la implementación de los planes de mejora elaborados y ejecutados en los diferentes períodos. Este informe deberá ser realizado juntamente con la Jefatura de Registros Médicos y la Dirección de Enfermería, o los funcionarios que estos servicios designen para la atención y colaboración del Servicio de Consulta Externa”.

El Dr. Luis Diego Alfaro Fonseca, director médico del hospital San Francisco de Asís, justificó a esta Auditoría aspectos relacionados con la Consulta Externa, según lo siguiente:

“Existen muchos factores que afectan o inciden en la distribución de tiempos asignados a una modalidad de atención, tales como naturaleza de la especialidad (quirúrgica o médica), cantidad de recurso humano, infraestructura para el desarrollo de la atención, demanda de la especialidad y obviamente desde el punto de vista administrativo el análisis de los indicadores de cada especialidad, por lo cual resulta imposible definir de manera general estrategias o acciones orientadas al cumplimiento del indicador del 20% en consulta externa sin analizar puntualmente las causas que determinan el comportamiento en cada especialidad, así mismo considero que una evaluación individual de cada médico no muestra el comportamiento global de una especialidad, ya que por múltiples circunstancias la distribución de atención en las diferentes áreas no necesariamente es equitativa entre los diferentes especialistas, ya que





algunos tendrán predilección por cubrir área hospitalaria, sala de operaciones o consulta externa según su afinidad, por lo que el comportamiento o análisis de un médico particular no muestra el dato más objetivo, personalmente creo que esa objetividad se obtiene del comportamiento global de la especialidad, no obstante ante los datos aportados en el siguiente cuadro se tratará de emitir un criterio objetivo en cada caso”.

Además, el Dr. Fonseca Alfaro, justificó para cada una de las especialidades médicas lo siguiente:

“Si consideramos que de lunes a jueves se laboran 9 horas diarias y los viernes 8, el total de horas laborables en el período de revisión sería de 1294 horas (1062 de lunes a jueves y 232 los viernes), base sobre la cual se realizarán los cálculos y el análisis que se presenta a continuación:

### **Cardiología:**

En resumen, si se valora la distribución de tiempos de la especialidad de Cardiología de manera global (ambas especialistas) se obtiene de junio a diciembre un tiempo total contratado de 1197 horas, del cual una vez restadas las vacaciones y permisos, fueron efectivas 1081 horas, así mismo sumando las horas utilizadas en Consulta Externa de ambas profesionales, se obtiene un total de 281.5 horas, lo cual corresponde a un **26%** del tiempo contratado disponible, cumpliendo globalmente con el indicador definido del 20%.

Por una cuestión de funcionalidad, necesidad y capacitación, es claro que una de las especialistas dedicó gran parte de su tiempo a realizar valoraciones de pacientes hospitalizados y estudios de ECO cardiografía, sin embargo la otra asumió la mayor parte de la Consulta Externa, garantizando la continuidad de la atención en ambas áreas, respondiendo esta distribución a la necesidad identificada en ese momento, razón por la cual se reitera que la valoración individual de la distribución de tiempos no es representativa de la gestión ni de una adecuada utilización del recurso, ya que la especialidad funciona como un todo y los especialistas pueden ser complementarios unos de otros.

### **Cirugía General:**

En resumen, las acciones que se han desarrollado para el cumplimiento del indicador citado en Cirugía General se sustentan en la redistribución de funciones según el Oficio HSFA-JCE-013-2020, sin embargo, resulta imposible la asignación de mayor tiempo a la Consulta Externa sin consideramos que la especialidad solo dispone de dos consultorios y realmente no resulta necesario el incremento del tiempo a esta actividad ya que la especialidad no tiene lista de espera y las citas para pacientes nuevos se encuentran a un plazo menor de 30 días.

### **Dermatología:**

(...) el Dr. Fu Lin Yu Tseng en el mismo período, dedicó a Consulta Externa un total de 448.3 horas de las cuales fueron efectivas el 95% es decir 424.3 horas, lo cual representa el 54% del tiempo total disponible de dicho profesional (contratado menos vacaciones y permisos, 781 horas), dato que se aparta considerablemente del -8% indicado en la tabla suministrada, hecho que me resulta imposible explicar pues desconozco los datos de origen.



### **Fisiatría:**

(...) la Dra. Rodríguez en el mismo período, dedicó a Consulta Externa un total de 221.3 horas de las cuales fueron efectivas el 90% es decir 198.8 horas, lo cual representa el **34%** del tiempo total disponible de dicha profesional (contratado menos vacaciones, 647 horas), información que tampoco concuerda con el -6% indicado en la tabla suministrada, situación que me resulta imposible explicar pues desconozco los datos de origen.

### **Ginecología y Obstetricia:**

Esta especialidad tiene la particularidad de que los profesionales que la componen deben garantizar cobertura en muchas más áreas de atención que en otras especialidades, ya que dentro de sus actividades se encuentra además de la Consulta Externa, la atención de Sala de Operaciones, Hospitalizados, Ultrasonidos, Colposcopia y Sala de Partos, distribuyéndose sus labores para la atención tanto de Ginecología como de Obstetricia, además de la valoración de casos de urgencia de ambas especialidades que eventualmente puedan llegar, es así como su comportamiento resulta diferente a otras especialidades y la distribución del tiempo especializado debe fraccionarse mucho más.

Como aspecto adicional, debe resaltarse el hecho de que en este servicio existen áreas que por la naturaleza de la atención que ofrecen, deben ser cubiertas permanentemente por un especialista (Sala de Partos, Maternidad y Sala de Operaciones en caso de cesáreas), por lo que en caso de limitación de personal por vacaciones, permisos o incapacidades, debe garantizarse su cobertura y generalmente el área sacrificada en la Consulta Externa, lo cual limita el tiempo asignado a dicho servicio.

(...) el Dr. Montero Guzmán en el mismo período, dedicó a Consulta Externa un total de 136.8 horas de las cuales fueron efectivas el 94% es decir 128.5 horas, lo cual representa el 18% del tiempo total disponible de dicho profesional (contratado menos vacaciones y permisos 716 horas), datos que se aproximan al 16% indicado en el cuadro del análisis realizado por la auditoría.

(...) el Dr. Portillo Cáceres en el mismo período, dedicó a Consulta Externa un total de 158.5 horas de las cuales fueron efectivas el 88% es decir 139 horas, lo cual representa el 14% del tiempo total disponible de dicho profesional (contratado menos vacaciones y permisos 1021 horas), datos que se aproximan al 15% indicado en el cuadro del análisis realizado por la auditoría.

(...) el Dr. Rodríguez Cambronero en el mismo período, dedicó a Consulta Externa un total de 201.25 horas de las cuales fueron efectivas el 93% es decir 187.5 horas, lo cual representa el **23%** del tiempo total disponible de dicho profesional (contratado menos vacaciones, 802.5 horas), es decir que supera el indicador del 20%, lo cual compensa el porcentaje obtenido por los especialistas anteriores, situación que se analizará más adelante.

(...) el Dr. Alfaro Vásquez en el mismo período, dedicó a Consulta Externa un total de 198.3 horas de las cuales fueron efectivas el 96% es decir 190.8 horas, lo cual representa el 18% del tiempo total disponible de dicho profesional (contratado menos vacaciones, incapacidades y permisos 1032 horas), datos que se aproximan al estándar indicado del 20% por esa auditoría.



(...) el Dr. Brenes Mendieta en el mismo período, dedicó a Consulta Externa un total de 294.3 horas de las cuales fueron efectivas el 93% es decir 272.5 horas, lo cual representa el **27%** del tiempo total disponible de dicho profesional (contratado menos vacaciones y permisos 1023.5horas), es decir que supera el indicador del 20%, lo cual compensa el porcentaje obtenido por los especialistas anteriores, situación que se analizará más adelante.

En resumen, si se valora la distribución de tiempos de la especialidad de Ginecobstetricia de manera global (ver siguiente tabla), con la totalidad de los especialistas, se obtiene de junio a diciembre un tiempo total contratado de 5832 horas, del cual una vez restadas las vacaciones, incapacidades y permisos, fueron efectivas 4595 horas, así mismo sumando las horas programadas en Consulta Externa de los 5 profesionales, se obtiene un total de 989.15 horas, lo cual corresponde representa un 22% del disponible, por último si se considera el tiempo utilizado se obtiene un gran total de 918.3 horas, que finalmente corresponde al 20% del tiempo efectivamente laborado por todos los especialistas, de manera que grupalmente se cumple con el estándar definido, aunque de forma individual algunos de los especialistas acorde con la funcionalidad del Servicio no logren dicho porcentaje, situación que es compensada por otros que asumen mayor tiempo en la Consulta Externa, razón por la cual evaluar un indicador de manera individual no refleja la totalidad de la gestión de una especialidad.

Por una cuestión de funcionalidad, necesidad y afinidad, es claro que algunos de los especialistas dedican mayor parte de su tiempo a la realización de procedimientos, estudios, hospitalización, sala de partos o sala de operaciones, sin embargo otros profesionales compensan el tiempo en la Consulta Externa, garantizando la continuidad de la atención en todas las áreas funcionales, lo cual debe ser el objetivo, ya que la Consulta Externa es solo una parte de la funcionalidad de una especialidad, sin embargo resulta imposible desligarla a la globalidad de un servicio, donde la distribución de tiempos debe ser enfocada en la necesidad de cobertura de todas las áreas funcionales acorde con un sistema de priorización en función de la necesidad de las usuarias, razón por la cual se reitera que la valoración individual de la distribución de tiempos no es representativa de la gestión ni de una adecuada utilización del recurso, ya que una especialidad funciona como un todo y los especialistas pueden ser complementarios unos de otros.

### **Ortopedia:**

(...) la Dra. Díaz González en el mismo período, dedicó a Consulta Externa un total de 163.5 horas de las cuales fueron efectivas el 96% es decir 156.4 horas, lo cual representa el **24%** del tiempo total disponible de dicha profesional (contratado menos vacaciones, 638.5 horas), datos que nuevamente distan mucho del -52% indicado en el cuadro del análisis realizado por la auditoría y que resulta imposible de explicar la diferencia con la información disponible”.

En cuanto al aprovechamiento del tiempo asignado a la Consulta Externa, menor al 85 %, el Dr. Alfaro Fonseca, justificó lo siguiente:

(...) podemos notar que de los 41 especialistas incluidos el 54% es decir 22 superan un rendimiento del 90%, un 29% (12) se encuentran con un rendimiento entre un 85 y 90% y solo un 17% (7 casos), se encuentran por debajo del 85%, sin embargo debe indicarse que 4 de esos siete casos, corresponden a profesionales que no tienen consulta externa programada, sino que como recargo aceptan la programación de valoraciones preoperatorias para lo cual se establece



un horario que no siempre se puede cumplir dadas sus obligaciones con las otras áreas de atención, por lo que no resulta representativo en el análisis del indicador”.

Cabe indicar que en el análisis efectuado por el Dr. Alfaro Fonseca, se consideró documentación contenida en el Expediente Personal de los médicos especialistas, donde se detallan periodos de vacaciones, permisos con/sin goce de salario, licencias por maternidad y otros, que no fueron registrados y/o se registraron de manera errónea en el Sistema Identificación Agendas y Citas (SIAC), cuyos datos son oficiales para efectos estadísticos, de los cuales, es responsabilidad de la Administración Activa velar por la calidad de los mismos, según se indicó en el hallazgo 1.4 del presente informe.

La situación descrita es procedente de la necesidad de fortalecer el control interno en la gestión de la Consulta Externa, así como de la falta de control y supervisión por parte de la jefatura en los aspectos analizados, considerando que la Administración mide el aprovechamiento de esa consulta al comparar las horas programadas con las utilizadas, pero omite las horas disponibles por médico para dar consulta externa.

El no cumplir con el porcentaje de tiempo mínimo requerido para atención de Consulta Externa, considerando que entre mayor sea este, mayor es el número de pacientes atendidos, debilita la producción del servicio y, por consiguiente, la atención al usuario al incrementar listas de espera y plazos de atención.

Además, el no aprovechamiento de los cupos disponibles representa un inadecuado uso de los recursos institucionales, con el consecuente aumento de la lista de espera y la afectación en la atención oportuna de los pacientes.

### 1.2 SOBRE LAS LISTAS DE ESPERA EN LAS DIFERENTES ESPECIALIDADES MÉDICAS

Se determinó que, a noviembre del 2019, el porcentaje de resolución de la lista de espera en Consulta Externa fue de -9 %, lo que significa que fue mayor la demanda de usuarios que la atención que se pudo brindar en las diferentes especialidades.

Además, se evidenció que únicamente en la especialidad de Cardiología se realizó depuración de las listas de espera, al margen de lo regulado en la normativa institucional.

**CUADRO 3  
 HOSPITAL SAN FRANCISCO DE ASÍS  
 LISTA DE ESPERA DE CONSULTA EXTERNA  
 A NOVIEMBRE DE 2019**

Especialidad	LISTA DE ESPERA EN CONSULTA EXTERNA						LISTA DE ESPERA EN CONSULTA INTERNA					
	Atención			No Atención			Atención			No Atención		
	Ingresos	Controlados	Cupos	Ingresos	Controlados	Cupos	Ingresos	Controlados	Cupos	Ingresos	Controlados	Cupos
<b>TOTAL</b>	<b>2494</b>	<b>1413</b>	<b>1485</b>	<b>1099</b>	<b>884</b>	<b>915</b>	<b>2</b>	<b>884</b>	<b>884</b>	<b>884</b>	<b>884</b>	<b>884</b>
Neurología	111	708	82	0	0	0	2	301	301	301	301	301
Neurocirugía	113	886	144	0	0	0	0	144	144	144	144	144
Neumología	355	2283	284	0	0	0	0	781	388	388	388	388
Cardiología	387	492	4	0	0	0	0	303	303	303	303	303
Cardiología Intensiva	109	146	48	0	0	0	0	52	52	52	52	52
Cardiología Electrolítica	33	386	30	0	0	0	0	33	33	33	33	33
Medicina Familiar	400	411	263	0	0	0	0	348	282	282	282	282
Medicina del Doctor	52	344	21	0	0	0	0	11	105	105	105	105
Medicina Geriátrica	13	62	8	0	0	0	0	11	24	24	24	24
Medicina Intensiva	33	824	42	0	0	0	0	33	347	347	347	347
Medicina Preventiva	8	114	40	0	0	0	0	18	21	21	21	21
Odontología	424	1112	328	0	0	0	0	36	886	886	886	886
Odontología Cirujía	129	362	139	0	0	0	0	14	493	493	493	493
Odontología General	295	750	289	0	0	0	0	22	393	393	393	393
Psiquiatría	188	1834	86	0	0	0	0	23	405	405	405	405
Psicología	73	402	30	0	0	0	0	101	101	101	101	101

Fuente: Cuadro estadístico 4: Lista de espera





Adicionalmente, las especialidades con mayor cantidad de casos nuevos fueron Ortopedia, Otorrinolaringología y Dermatología, y de casos control en lista de espera son Otorrinolaringología, Psiquiatría y Dermatología.

El mayor plazo promedio de espera en meses lo ocupan Ortopedia, Otorrinolaringología y Fisiatría con la lista de espera a 22, 12 y 10 meses respectivamente. Además, el plazo máximo de atención en meses fue para las consultas de Ortopedia, Otorrinolaringología y Cardiología con la lista de espera a 30, 25 y 18 meses, respectivamente.

La Ley de Derechos y deberes de las personas usuarias de los servicios de salud públicos y privados, artículo 2 –Derechos–, dispone que los pacientes tienen entre otros, derecho a “e) Recibir atención médica con la eficiencia y diligencia debidas”.

La Guía de ingreso, resolución y depuración de listas de espera para procedimientos médicos y quirúrgicos, numeral 5, establece:

“Se entenderá como caso DEPURADO a aquel paciente que no se le realizó el procedimiento y se cumpla al menos unode los siguientes criterios:

- Paciente no localizable
- Paciente que ya no necesita el procedimiento,
- Paciente que no desea realizarse el procedimiento
- Paciente que haya resuelto su problema en otro centro,
- Otros de interés para el registro que se efectúa.

Ahora bien, la gestión de las salidas y movimientos en las listas de espera corresponde al funcionario de REDES o aquel funcionario que sea definido por el grupo gestor local, en cada establecimiento de salud, de acuerdo a los criterios que se valorarán con detalle a continuación (...).”

La Sala Constitucional de la Corte Suprema de Justicia dispuso en la sentencia 2004-07532, lo siguiente:

“(...) VIII.- Eficiencia, eficacia, continuidad, regularidad y adaptación en los servicios públicos de salud. Los órganos y entes públicos que prestan servicios de salud pública tienen la obligación imperativa e impostergable de adaptarlos a las necesidades particulares y específicas de sus usuarios o pacientes y, sobre todo, de aquellos que demandan una atención médica inmediata y urgente, sin que la carencia de recursos humanos y materiales sean argumentos jurídicamente válidos para eximirlos del cumplimiento de tal obligación.

Desde esta perspectiva, los servicios de las clínicas y hospitales de la Caja Costarricense de Seguro Social están en el deber de adoptar e implementar los cambios organizacionales, de contratar el personal médico o auxiliar y de adquirir los materiales y equipo técnico que sean requeridos para brindar prestaciones eficientes, eficaces y rápidas. Los jefes de las Clínicas y Hospitales no pueden invocar, para justificar una atención deficiente y precaria de los pacientes, el problema de las “listas de espera” para las intervenciones quirúrgicas (...).”



En cuanto a la lista de espera, el Dr. Luis Diego Alfaro Fonseca, director médico del hospital San Francisco de Asís, manifestó lo siguiente:

“Previo a entrar en el detalle, debe aclararse que las listas de espera de cualquier servicio, especialidad o modalidad de atención son procesos dinámicos, por lo que pretender comprender su funcionamiento, gestión y evolución con datos puntuales como los que refleja el cuadro suministrado, podría resultar errado y subjetivo, ya que el comportamiento observado podría estar determinado por la disponibilidad de recurso humano (huelgas, vacaciones, incapacidades), aumento en la demanda, aspectos de logística que afectaron el desarrollo de la atención, e incluso problemas estadísticos al momento del registro de la información, razón por la cual la revisión de las listas de espera deben realizarse a lo largo de un período en el cual se pueda definir un comportamiento, así como la implementación de acciones que pretendan corregir cualquier comportamiento fuera de lo esperado, razón por la cual el presente análisis se sustentará en la totalidad del periodo 2019, sobre las bases de datos remitidas a la UTLE de manera mensual y sobre la cual dicha unidad valora la gestión realizada en este campo”.

Además, el Dr. Alfaro Fonseca agregó:

(...) los pacientes nuevos mantienen prácticamente una línea constante, es decir que prácticamente existe un equilibrio entre ingresos y egresos, lo cual permite mantener estabilidad, mostrando un equilibrio entre oferta y demanda, situación que obviamente no se logra en las especialidades de mayor demanda como ORL, Ortopedia y Dermatología, sin embargo, que el comportamiento global así lo muestra.

En el caso de los pacientes control o subsecuentes, a lo largo del año obviamente se observa una tendencia al incremento, lo cual es un efecto lógico, pues los casos que son valorados como nuevos se van convirtiendo en subsecuentes cada vez que son atendidos nuevamente en la especialidad según la periodicidad establecida por el criterio del especialista tratante, siendo diferente el comportamiento para las diferentes especialidades, ya que algunas por su naturaleza (Medicina Interna, Psiquiatría), manejan gran cantidad de pacientes crónicos, con lo cual el incremento en los casos control se acentúa, siendo menos frecuente este comportamiento en las especialidades quirúrgicas en las cuales una vez definido y realizado el procedimiento, el usuario usualmente es dado de alta”.

Respecto al análisis efectuado por esta Auditoría, correspondiente a noviembre de 2019, el Dr. Alfaro Fonseca, manifestó:

“En el caso del mes de noviembre, que responde al dato consultado por esa Auditoría, efectivamente se registra un mayor número de ingresos que de egresos a la lista de espera por lo que se refleja un balance negativo, sin embargo del análisis global del año vale resaltar que la diferencia se reduce a tan solo un -0.3%, lo cual corresponde a tan solo 141 pacientes los cuales son principalmente controles, ya que si la resolutivez se separa entre nuevos y controles los casos nuevos reflejan un balance positivo a favor de los casos resueltos de un 3%, mientras que el balance de los casos control muestra un balance negativo del 1%, es decir se está gestionando a favor de los casos nuevos, siendo estos la prioridad para efectos de garantizar su incorporación a la atención especializada y su valoración oportuna”.



Sobre la depuración de la lista de espera, el Dr. Alfaro Fonseca, mencionó que “se mantiene de manera permanente sin embargo los casos depurados muchas veces quedan como citas canceladas o reasignadas, con lo cual no se hace evidente la depuración como tal, aunque la actividad se haya realizado”.

Tal como se indicó anteriormente, la resolutivez de la lista de espera durante el periodo evaluado, fue inferior a la demanda en las especialidades médicas, lo que a criterio de esta Auditoría obedeció, en parte, al desaprovechamiento del tiempo destinado a la Consulta Externa, aunado a los 2 346 cupos sin utilizar y las 819 consultas no realizadas durante el periodo en estudio.

Lo anterior, no garantiza el acceso oportuno de los usuarios a los servicios que brinda la Consulta Externa, siendo que se estima que se dejaron de utilizar 7 545,3 horas, equivalentes a 22 635 pacientes si se atendieran dos de control y uno nuevo por hora.

### 1.3 SOBRE EL USO DE LOS CONSULTORIOS MÉDICOS DE LA CONSULTA EXTERNA

Se determinó que los consultorios se programan en el Sistema Identificación Agendas y Citas (SIAC) y se registran de manera virtual por cada médico especialista, pero no existen dentro de la infraestructura del hospital San Francisco de Asís.

De la evaluación realizada para los días 26 y 27 de febrero del 2020, se comprobó que existe una limitada ocupación de los 20 consultorios médicos, puesto que 13 de ellos (65 %) fueron utilizados menos de 4 horas diarias, inclusive, en 6 de ellos se asignaron solo un día para la atención médica (Anexo 1).

La Licda. Andrea Viales Viales, Gestor Agendas-Redes, informó a esta Auditoría:

“Con respecto a la programación de secciones y consultorios, cuando se inició a laborar con el sistema EDUS en año 2018, no se hizo de una forma correcta si no que se habían creado consultorios de acuerdo a la cantidad de médicos con los que se contaba en cada especialidad, y no se tenía claro el concepto de sección, por lo que habían creado una sección por cada especialidad. En una visita a la Dirección Regional Central Norte, realizada en enero 2020, se me informó de esta inconsistencia entre otras...”.

La Ley General de Control Interno, artículo 14, estipula:

“Valoración del riesgo. En relación con la valoración del riesgo, serán deberes del jerarca y los titulares subordinados, entre otros, los siguientes: b) Analizar el efecto posible de los riesgos identificados, su importancia y la probabilidad de que ocurran y decidir las acciones que se tomarán para administrarlos. d) Establecer los mecanismos operativos que minimicen el riesgo en las acciones por ejecutar.”

La Guía para la Gestión de los Servicios de Consulta Externa, Cuadro 3, Indicadores de la Gestión de la Consulta Externa, establece como parámetro aceptable del porcentaje de utilización del consultorio un 80 %.



Un porcentaje de utilización de los consultorios menor al parámetro establecido se debe a la falta de control y seguimiento por parte de las autoridades locales, mediante un indicador que permita regular este componente de la Consulta Externa, así como a la disminución de la jornada laboral de algunos médicos especialistas.

La subutilización de consultorios médicos repercute negativamente en el aprovechamiento de los recursos institucionales y en la oportunidad de atención de los asegurados.

#### **1.4 SOBRE EL CONTROL Y SUPERVISIÓN EN LOS REGISTROS DEL SISTEMA INTEGRADO, AGENDAS Y CITAS (SIAC)**

Se evidenció la necesidad de mejorar el control y supervisión de los registros incluidos en el Sistema de Identificación, Agendas y Citas (SIAC), debido a que incluyen una misma actividad con diferentes nombres; en los médicos con jornadas reducidas se anotan permisos, licencias y otros durante todo el día laboral como si tuvieran jornada completa y; en Medicina del Dolor y Paliativa no se considera la visita domiciliar como parte de la Consulta Externa.

Además, en el caso de las profesionales en Psicología, el registro para el tiempo de almuerzo es de una hora y no de 30 minutos según lo establecido en la normativa institucional, lo cual es concordante con los hechos descritos en la denuncia DE-140-2019.

Cabe indicar que los datos registrados en el Sistema de Identificación, Agendas y Citas (SIAC), son los oficiales de la institución y en los cuales se basó el estudio de Auditoría.

Por lo anterior, en conjunto con los doctores Edgar Jovel Vega Villalobos y Juan Carlos Jiménez Fallas, jefes de Consulta Externa en diferentes momentos, se analizó la información estadística de los profesionales en ciencias médicas que laboraron en la Consulta Externa, donde se corroboró diferencias en los registros que repercuten en la información oficial del hospital San Francisco de Asís.

Al respecto, las Normas de Control Interno para el Sector Público establecen en el punto 1.2 “Objetivos del SCI”, lo siguiente:

“b. Exigir confiabilidad y oportunidad de la información. El SCI debe procurar que se recopile, procese y mantenga información de calidad sobre el funcionamiento del sistema y sobre el desempeño institucional, y que esa información se comuniquen con prontitud a las instancias que la requieran para su gestión, dentro y fuera de la institución, todo ello de conformidad con las atribuciones y competencias organizacionales y en procura del logro de los objetivos institucionales.

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”.

En cuanto al tiempo de alimentación, el Reglamento Interior de Trabajo de la Caja Costarricense de Seguro Social, artículo 24, establece:





“Los trabajadores que presten servicios en jornada continua tendrán derecho a media hora de descanso, la que será concedida de acuerdo con las modalidades y necesidades propias del trabajo, a la mitad de esa jornada, tratando de que no se interrumpan las labores ni los servicios que se prestan al público. Durante esa media hora los trabajadores podrán tomar sus alimentos en los lugares autorizados para ello.

La jornada continua se origina únicamente en las necesidades propias de la Institución, por lo que podrá fraccionarse cualquier horario cuando se considere que han dejado de existir las causas que originaron esa jornada continua”.

De igual forma, el artículo 137 del Código de Trabajo, dispone que el:

“Tiempo de trabajo efectivo es aquél en que el trabajador permanezca a las órdenes del patrono o no pueda salir del lugar donde presta sus servicios durante las horas de descanso y comidas. En todo caso se considerará como tiempo de trabajo efectivo el descanso mínimo obligatorio que deberá darse a los trabajadores durante media hora en la jornada, siempre que ésta sea continua”.

Por otra parte, en el informe de Auditoría AGO-77-2019, del 7 de agosto de 2019, en el hallazgo 3, se evidenció la necesidad de fortalecer los registros de la información en el Sistema Identificación Agendas y Citas (SIAC) y se recomendó a la Dra. Roxana Usaga Carrasquilla, en su calidad de Directora de Red Integrada de Prestación de Servicios de Salud Central Norte:

“Instruir a las autoridades locales de las áreas de salud adscritas a la Dirección de Red Integrada de Prestación de Servicios de Salud Central Norte, sobre la necesidad de mejorar la calidad de la información registrada en el Sistema de Identificación de Agendas y Citas (SIAC), a efectos de que indiquen -con exactitud- las actividades realizadas por los profesionales en ciencias médicas”.

En cuanto a los registros del tiempo de alimentación, la Licda. Andrea Viales Viales, Gestor Agendas-Redes, indicó que:

“Se guarda una hora de almuerzo debido a los tiempos de consulta de los cupos de psicología, además según el rol o cronograma de agenda así se encuentra confeccionado, debido a que le agrupan desayuno, almuerzo y café.... los cupos de psicología se guardan según indicación de la jefatura de consulta externa 60 minutos para los pacientes nuevos y 50 minutos el paciente subsecuente”.

El Dr. Luis Diego Alfaro Fonseca, director médico del hospital San Francisco de Asís, suministró a esta Auditoría, evidencia documental de las capacitaciones otorgadas al personal, en cuanto a la implementación del proyecto EDUS y otros relacionados con la Consulta Externa, durante el 2019.

No obstante, las debilidades descritas de control interno obedecen, en parte, a la necesidad de fortalecer el control y supervisión por parte de los encargados(as) de los diferentes procesos de la Consulta Externa.



Cabe indicar que la inconsistencia e inexactitud de la información limita la adecuada gestión médica y administrativa del hospital San Francisco de Asís, y la toma de decisiones que garanticen oportunidad en la atención de los asegurados de la Consulta Externa.

## 2. SOBRE LA GESTIÓN DEL SERVICIO DE EMERGENCIAS

Se evidenciaron riesgos en la oportunidad de atención de los asegurados del servicio de Emergencias, así como la necesidad de fortalecer la gestión local, inclusive, del primer nivel de atención, a efectos de garantizar un control y seguimiento integral en la salud de los usuarios, según se detalla a continuación:

### a. Condiciones generales del servicio de Emergencias

Esta Auditoría en conjunto con la Dra. Xinia Ávila Matamoros, jefe del servicio de Emergencias, realizó inspección física donde se evidenció la necesidad de mejorar las condiciones de limpieza y asepsia, en especial porque disponen de elementos con materiales de madera que pueden ser contaminantes en la sala de shock, permanencia de telas de araña visibles en techos, así como basureros abiertos con desechos infecciosos. Además, para separar algunos consultorios se utilizan cortinas grado médico que no garantizan privacidad en la atención de los asegurados; los pasillos internos dificultan el desplazamiento de usuarios en sillas de ruedas y camillas, con el agravante en el caso de camillas y se carece de un cuarto séptico.

### b. Estancias prolongadas y tiempos de espera

Se determinó que, en el servicio de Emergencias, entre el 22 y 29 de enero de 2020, mantenían pacientes en Observación con más de 24 horas de ingreso, algunos con estancias de hasta siete días en espera para ser trasladados a los salones de Hospitalización, según se detalla a continuación:

CUADRO 4  
SERVICIO DE EMERGENCIAS  
DETALLE DE PACIENTES EN OBSERVACIÓN  
22 Y 29 DE ENERO DE 2020

Fecha	Paciente	Identificación	Edad	Estancia en días
22/01/2020	GUP	20212013x	78	5
22/01/2020	CVC	50178015x	61	2
22/01/2020	ARD	20373030x	59	5
22/01/2020	JUL	20820046x	18	2
22/01/2020	OCB	10265095x	81	2
22/01/2020	JMRB	20759082x	23	5
22/01/2020	RHA	20534022x	41	2
29/01/2020	AQO	20259032x	71	2
29/01/2020	RSD	20422038x	53	4
29/01/2020	BBU	20233015x	75	2
29/01/2020	CQJR	20372017x	57	4
29/01/2020	GSC	20189084x	82	7
29/01/2020	RVK	20651072x	31	2
29/01/2020	GCL	20399071x	55	2
29/01/2020	EGA	60082093x	71	5
29/01/2020	GPD	20622083x	33	3
29/01/2020	VCM	20821001x	18	3

Fuente: Inspección física

Durante esas fechas se ubicaron pacientes con estancias entre dos y siete días -entre ellos seis adultos mayores-, así como una usuaria que debió ser ubicada en una silla debido al faltante de camillas. Ninguno de los asegurados había sido trasladado a los salones de Hospitalización, al parecer, por falta de camas.



Además, se obtuvo que, producto de la cantidad de pacientes que asisten al servicio de Emergencias, se dé constantemente la saturación de los servicios de salud durante el primer turno, lo cual infiere en prolongados tiempos de espera para quienes requieren una atención prioritaria.

En relación con la situación descrita, la Dra. Xinia Ávila Matamoros, jefe del servicio de Emergencias, mediante el oficio HSFA-SE-035-2019, del 25 de junio de 2019, comunicó al Dr. Luis Diego Alfaro Fonseca, director médico del hospital San Francisco de Asís, lo siguiente:

“...en reiteradas veces se le ha hecho saber, tenemos plétora del servicio, siendo que al día de hoy (sic) no es excepción, contamos con 21 pacientes en observación. Esto sin contar que tenemos la zona de inhala terapia también llena, entre ellos 7 pacientes de pasar a observación”.

Debido a lo anterior, se analizaron las consultas otorgadas en el servicio de Emergencias durante el 2019, donde se obtuvo un promedio mensual de 9 046 atenciones, excepto en marzo y junio - incrementó un 11 %-, por ende, no se considera una tendencia constante al alza.

De igual forma, se evidenció que las horas con mayor ingreso de pacientes fue entre las 7:00 am y 12:00 pm, con un decrecimiento aproximado al 80 % durante el tercer turno, específicamente las 12:00 am y 5:00 am, según se refleja en el siguiente gráfico:



Fuente: elaboración propia con base en cubos de EDUS.

Cabe indicar que durante el primer turno laboran 9 médicos en el servicio de Emergencias, mientras que en segundo y tercer turno 7 y 4, respectivamente.

Ahora bien, se comprobó que el tiempo de espera para recibir atención en el servicio de Emergencias varía según la clasificación otorgada mediante el sistema “Triage”: blancos (1,03 horas); verdes (1,19 horas); amarillos (33 minutos); azules (23 minutos) y rojos (18 minutos). Sin embargo, se evidenciaron casos en el EDUS, donde pacientes clasificados como rojos esperaron hasta 9 horas para recibir atención médica.

En los menos urgentes representaron un 97 % de las atenciones médicas (26 % amarillos y 71 % verdes), se dan situaciones similares, de manera constante, los tiempos de espera alcanzan hasta ocho y más horas, es decir, un paciente que ingresó en horas de la mañana debió esperar hasta el segundo turno para recibir atención médica.



Entre los principales diagnósticos (un 45 %) se destacan enfermedades del sistema respiratorio y síntomas o signos anormales clínicos y de laboratorio.

Aunque se trató de asociar los tiempos de espera con la productividad de cada médico, existe dificultad para comparar tales rendimientos, por cuanto se asignan diversas funciones que varían según en el rol semanal y no pueden ser cuantificadas a través del sistema EDUS, por ejemplo: dos profesionales se encargan del área de observación, uno de clasificación, uno de nebulizaciones y otro de acompañar los traslados en ambulancia, además, influyen permisos con/sin goce de salario, vacaciones e incapacidades del personal, así como licencias de lactancia de la cual disfrutaban a febrero de 2020, dos profesionales en medicina.

La situación descrita es contraria a lo establecido en la Ley de Derechos y Deberes de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud Públicos y Privados, la cual dispone en el artículo 2 que:

“Las personas usuarias de los servicios de salud tienen derecho a lo siguiente: e) Recibir atención médica con la eficiencia y diligencia debidas”.

La Dra. Xinia Ávila Matamoros, jefe del servicio de Emergencias, manifestó que:

“Se necesita espacio físico para trabajar, no se pueden pasar camillas por los consultorios, en ocasiones se atiende al paciente en el pasillo”.

Sobre los tiempos de espera de hasta 9 horas, la Dra. Ávila Matamoros indicó:

“En ocasiones se hacen registros en el sistema EDUS de manera tardía, en casos de pacientes rojos que han ingresado a sala de shock. A veces hay hasta dos emergencias y se atrasa el registro. Los casos de emergencias se atienden de manera inmediata, se puede corroborar en el expediente de salud del paciente”, mientras que los tiempos de espera durante el segundo y tercer turno “es por motivos de traslados ya que el paciente no se puede trasladar por falta de ambulancias y se deja para la tarde. También se quedan hasta 20 pacientes verdes para la tarde que no lograron ser atendidos durante el día”.

Respecto a los pacientes con estancias prolongadas, justificó que “no hay camas” en los salones de Hospitalización, en ocasiones queda espacio para ingresar solamente a uno de los pacientes del servicio de Emergencias.

También, la Dra. Ávila Matamoros agregó que:

“de acuerdo con la clasificación CTAS -Canadian triage and acuity scale- algunos son verdes, pero terminan con revaloración, como el caso de asmáticos. Se podría estar dando una clasificación errónea. Desde hace 6 años la CCSS no da capacitación en el CTAS”.

Lo anterior, podría repercutir en diagnósticos o tratamientos tardíos, con el eventual detrimento para la salud de los asegurados, sin considerar la posible afectación para la imagen institucional.

### c. Concurrencia de pacientes del área de salud de Grecia

Se determinó que 70 972 (el 65 %) de las atenciones del servicio de Emergencias del hospital San Francisco de Asís se otorgaron a pacientes adscritos al área de salud de Grecia, seguido de 13 698 (un 13 %) del área de salud de Naranjo y el restante de diferentes zonas del país. De acuerdo con el sistema



triage, el 97 % de los pacientes fue clasificado como verdes y amarillos, casos menos urgentes con prevalencia en enfermedades respiratorias que podrían ser eventualmente abordadas en los respectivos Ebáis de adscripción.

De los pacientes atendidos en ese servicio de Emergencias, se evidenció que 19 usuarios recibieron entre 51 y 174 consultas durante el 2019, incluso, del paciente con mayor cantidad de atenciones no constan valoraciones por parte del primer nivel de atención, lo cual refleja la necesidad de fortalecer los controles institucionales para asegurar un abordaje integral a los problemas de salud de la población, y hasta un adecuado uso de los servicios de salud.

Debido a lo anterior, se analizaron aspectos generales de la Consulta Externa de las áreas de salud de Grecia y Naranjo, durante el 2019, donde se obtuvo lo siguiente:

- En el área de salud de Grecia se dejaron de utilizar 1 372 cupos, no se sustituyeron 2 350 citas, tampoco se usaron 3 255 horas médicas, por tanto, se podrían haber atendido **16 700** pacientes.
- En el área de salud de Naranjo no se sustituyeron 3 147 citas, mientras que 3 646 cupos no fueron utilizados y se dejaron de usar 2 897 horas médicas, lo que representa **18 000** pacientes que podrían haber sido atendidos en esa Unidad.
- Entre las áreas de salud Grecia y Naranjo se estima que se dejaron de atender **34 700** pacientes, quienes posiblemente recurrieron al servicio de Emergencias del hospital San Francisco de Asís para atención médica.

La Dra. Xinia Ávila Matamoros, jefe del servicio de Emergencias, manifestó que se han emitido -a las áreas de salud- “observaciones respecto a referencias que no cumplen con los requisitos necesarios para ser atendidos”; y con los policonsultantes “se habla con los pacientes, pero no se puede gestionar su atención con los Ebáis. No se puede rechazar a ningún paciente, aunque sea por una gripe”. No obstante, en criterio de esta Auditoría sí es posible ejecutar acciones en conjunto con el primer nivel de atención para reducir el impacto de esos usuarios en los servicios de Emergencia.

Cabe indicar que la atención reiterada de pacientes que no constituyen realmente una emergencia impacta en los tiempos de atención, con retrasos y hasta el eventual desplazamiento de quienes requieren una intervención priorizada.

#### **d. Gestión de la jefatura del servicio de Emergencias**

Se evidenció la necesidad de mejorar la gestión local por parte de la jefatura del servicio de Emergencias, por cuanto no consta que realice -de manera periódica y documentada- análisis sobre la consulta, control de los pacientes policonsultantes, capacidad resolutoria de los profesionales en ciencias médicas, y disponga de programas de capacitación del personal a su cargo, entre otros, que permita mejorar la calidad y oportunidad de atención de los asegurados.

Por otra parte, el Dr. Luis Diego Alfaro Fonseca, director médico del hospital San Francisco de Asís, mediante oficio HSFADG-580-2019, del 29 de agosto de 2019, solicitó a la Dra. Ávila Matamoros, lo siguiente:



“En vista de todo lo anterior, como usted puede notar, la mejora del servicio a su cargo no se sustenta únicamente en la asignación de un mayor número de personal médico, sino que existen una serie de situaciones que previamente se deben analizar, gestionar y optimizar el recurso existente, de manera que exista congruencia entre lo que produce el servicio y el recurso con el que cuenta.

Bajo ese panorama y con el insumo aportado por esta Dirección en el presente informe, le solicito analizar cada uno de los aspectos señalados y proponer estrategias que permitan la mejora de indicadores, así mismo mantener un seguimiento de estos de manera que de forma objetiva se logren evidenciar los cambios mediante análisis mensuales de los cuales deberá comunicar a esta Dirección.

A efectos de iniciar con el plan de mejora, se solicita que la propuesta de las acciones a desarrollar, cronograma de actividades e indicadores a evaluar, sean presentados a esta Dirección a más tardar el 20 de setiembre de 2019”.

Además, en ese documento se indicó que:

“A manera de ejercicio esta Dirección durante el mes de marzo de 2019 realizó una supervisión directa en el servicio de emergencias valorando la distribución y permanencia del personal en sus puestos de trabajo, evidenciándose que durante ese período el tiempo de espera para atención se redujo en aproximadamente una hora”.

Sin embargo, al 21 de febrero de 2020, la jefatura del servicio de Emergencias no había presentado el plan remedial.

Entre otros aspectos evaluados, se verificó que en el hospital San Francisco de Asís disponen de un médico especialista en Emergencias, durante el primer turno, el resto de las jornadas laborales son cubiertas mediante guardias médicas o con apoyo de otros especialistas.

Sobre lo descrito, las Normas de Control Interno para el Sector Público establecen en el apartado 4.5 - Garantía de eficiencia y eficacia de las operaciones-, lo siguiente:

“El jerarca y los titulares subordinados, según sus competencias, deben establecer actividades de control que orienten la ejecución eficiente y eficaz de la gestión institucional”.

En relación con lo anterior, la Dra. Xinia Ávila Matamoros, jefe del servicio de Emergencias, manifestó que realiza controles manuales, pero algunos no se documentan; “ha faltado capacitación en el tema de cubos de EDUS. También, no se disponía de una secretaria lo cual dificultaba la gestión”.

Parte de la situación descrita en el servicio de Emergencias obedece a la necesidad de mejorar el control y gestión de la jefatura, en aras de maximizar el aprovechamiento de los recursos disponibles y mejorar la prestación de los servicios de salud.



Cabe indicar que un mayor control de los pacientes no urgentes y policonsultantes podría permitir que el servicio de Emergencias del hospital San Francisco de Asís se oriente a la atención de quienes requieren una intervención inmediata por amenaza a funciones vitales e inclusive la vida.

### 3. SOBRE EL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN

Se determinó que las autoridades locales del hospital San Francisco de Asís, aunque realizan análisis periódicos para mejorar el servicio de Hospitalización, no han logrado impactar -de manera satisfactoria- los días de espera de los pacientes que requieren internamiento, ni las estancias hospitalarias, principalmente por los efectos del proyecto de remodelación de las salas de operaciones y por la necesidad de cooperación de otros centros médicos en procedimientos especializados como Tomografía Axial Computarizada (TAC), ecocardiogramas y otros.

Tampoco se han implementado modalidades alternativas a la hospitalización convencional, como el Hospital de Día, donde se brinda tratamientos o técnicas diagnósticas sin la necesidad de internamiento del paciente. De igual forma, no constan datos locales sobre el giro de cama, a efecto de identificar cuántos pacientes hacen uso de una cama como parte del nivel de utilización de la capacidad instalada hospitalaria.

En relación con lo anterior, se evidenció que, al 24 de enero de 2020, se encontraban nueve pacientes internados con más de 10 días de estancia hospitalaria, a la espera de algún tratamiento o procedimiento especializado, según se detalla a continuación:

CUADRO 5  
HOSPITAL SAN FRANCISCO DE ASÍS  
DETALLE DE PACIENTES HOSPITALIZADOS CON MÁS DE 10 DÍAS

Paciente	Pabellón	Estancia al 24/01/2020	Motivo de internamiento
G.D.M.A.	Cirugía Mujeres	18	Paciente anticoagulada, requiere tratamiento.
S.C.H.G.	Maternidad	56	No corresponde. Es error del sistema, aunque la cama 59 queda bloqueada, se usa en paciente ambulatorio.
O.P.A.V.	Pediatría	10	Requiere cirugía en el Hospital Nacional de Niños (está para aumento de peso y pasar a cirugía)
S.C.R.A.	Medicina Hombres	14	Presenta trauma lumbar, pendiente resonancia.
A.G.E.M.	Medicina Hombres	25	Caso reiterado de Emergencias, está con antibiótico, valoración por Trabajo Social y otros.
C.G.E.	Medicina Hombres	28	Pte IVR, HTA, presenta tumor próstata, está con antibiótico.
Q.A.N.	Medicina Hombres	25	Pendiente Ultrasonido, con antibiótico por infección urinaria.
R.C.M.	Medicina Mujeres	22	Pendiente resultado de TAC. Estuvo en espera de valoración Gastrología.
V.U.G.D.	Medicina Mujeres	11	Paciente con DM, Embarazada, tiene egreso para el domingo 26/01/2020.

Fuente: elaboración propia con base en inspección física y reporte "Movimiento de usuarios hospitalizados".

En el caso de la paciente S.C.H.G. con 56 días de internamiento, obedeció a un error del sistema, que fue oportunamente comunicado a las instancias correspondientes.

Por otra parte, se obtuvo que en el hospital San Francisco de Asís disponen de una "Boleta para reporte de estancias prolongadas", para los casos que superan los días promedio de internamientos, donde se



registran los diagnósticos de egreso, causas de la prolongación y número de días, lo cual permite controlar los días de hospitalización.

Entre otras acciones realizadas para la gestión de camas, existe una evaluación diaria por parte del Grupo Gestor de Camas respecto al ingreso de pacientes, así como una priorización de acuerdo con las necesidades y disponibilidad de recursos. Cabe indicar que el grupo gestor de camas hospitalarias conformado por seis funcionarios de la Dirección Médica, Emergencias, Enfermería, Medicina Interna y Ortopedia hace revisiones diarias para la priorización de camas.

Además, el internamiento de los pacientes se realiza con base en las camas disponibles diariamente, se priorizan pacientes con procedimientos programados, de consulta externa pendientes de ingresar y quienes se mantienen en el servicio de Emergencias.

En el informe DFOE-SOC-IF-12-2017, del 7 de noviembre de 2017 “Auditoría Operativa sobre la eficiencia y eficacia en el servicio de hospitalización del II nivel de atención, hospitales regionales y periféricos”, de la Contraloría General de la República, se indicó que “En el Hospital San Francisco de Asís, la problemática se concentra en la dependencia que tienen de otros hospitales para realizar exámenes, lo que genera retrasos en el proceso de atención de los pacientes y por lo tanto estancias prolongadas. Por ejemplo el hospital no cuenta con un Tomógrafo Axial Computarizado (TAC), por tal razón se depende de los espacios que el Hospital San Rafael de Alajuela o el Hospital México puedan asignar, situación similar sucede con las intervenciones cardiovasculares”, cuya situación no había mejorado al 21 de febrero de 2020, puesto que los pacientes que requieren procedimientos como ecocardiogramas, deben ser hospitalizados hasta por dos semanas, en espera de recibir la colaboración por parte del hospital México.

De igual forma, en ese documento se mencionó que:

“La problemática de estos hospitales en términos generales se debe a una necesidad de fortalecer los medios de coordinación entre los diferentes servicios del hospital, de manera que la hospitalización no se convierta en una sala de espera para la realización de exámenes de diagnóstico, pues el Servicio de Hospitalización debe estar dedicado a la atención de pacientes con padecimientos agudos graves o próximos a realizarse un procedimiento específico”.

En el seguimiento al informe DFOE-SOC-IF-12-2017 “Auditoría operativa sobre la eficiencia y eficacia en servicios de hospitalización del segundo nivel de atención, hospitales regionales y periféricos”, del 5 de setiembre de 2019, el Dr. Luis Diego Alfaro Fonseca, director médico del hospital San Francisco de Asís, justificó que:

“no ha sido posible la redistribución de camas debido al poco recurso médico en el servicio de Medicina y al proceso de remodelación de sala de operaciones”, y tampoco se han realizado sesiones de trabajo trimestrales para analizar el comportamiento de los egresos con estancias prolongadas debido a la “limitación de tiempo de los médicos”.

De igual forma, en el oficio HSFAAD-015-2019, de 13 de marzo de 2019, el Dr. Alfaro Fonseca comunicó a la M. Sc. Susana López Delgado, jefe Subárea de la Dirección de Proyección de Servicios de Salud, limitaciones debido a las remodelaciones del hospital San Francisco de Asís, lo cual conlleva el cierre temporal de salones de Hospitalización.





Respecto a la posible implementación del Hospital de Día, el Dr. Alfaro Fonseca mencionó que no disponen de espacio físico para su ubicación, aunque en criterio de esta Auditoría se podría considerar la eventual reubicación de servicios bajo la modalidad de arrendamiento de inmuebles, siempre y cuando se realicen los estudios técnicos correspondientes.

Con base en el “Anuario 2018- Costo de servicios médicos” del 25 de noviembre de 2019, el costo de la estancia para un hospital periférico 2 era de ₡575 518,00 (quinientos setenta y cinco mil, quinientos dieciocho colones netos), lo cual implica que un paciente internado durante 10 días en el hospital San Francisco de Asís, con una condición de salud que realmente no amerite hospitalización, se estaría incurriendo en un gasto de ₡5 755 180,00 (cinco millones, setecientos cincuenta y cinco mil, ciento ochenta colones netos).

#### 4. SOBRE LA ACTIVIDAD QUIRÚRGICA DEL HOSPITAL SAN FRANCISCO DE ASÍS

Se determinaron oportunidades de mejora en relación con la actividad quirúrgica que se realiza en el hospital San Francisco de Asís<sup>1</sup>, relacionadas con el inicio tardío de la primera cirugía programada, los tiempos de recambio atípicos entre los procedimientos, el sistema de control interno establecido en el registro de la información generada, y el proceso de programación y priorización en las especialidades de Otorrinolaringología y Dermatología, tal como se describe a continuación:

##### 4.1 RAZONABILIDAD DE INICIO DE LAS CIRUGÍAS PROGRAMADAS Y EL TIEMPO DE RECAMBIO DURANTE LA JORNADA ORDINARIA

De la revisión que se efectuó a los informes de uso de salas de operaciones (TUSH) del 2019, se seleccionaron las 156 cirugías realizadas en noviembre, de las cuales se consideró para la revisión una muestra de 38 expedientes de salud (24 %), determinándose oportunidades de mejora en cuatro casos específicos, en los cuales las cirugías no se iniciaron a las 7:30 durante la jornada ordinaria, según se detalla a continuación:

**Cuadro 6**  
**Hospital San Francisco de Asís**  
**Inicio de las cirugías después de las 7:30 a.m.**  
**Noviembre 2019**

Nombre	Cédula	Especialidad	Procedimiento	Fecha cirugía	Hora recibe paciente en Sala	Inicio anestesia	Inicio cirugía	Modalidad	Observaciones
AVC	210300XX	Pediatría	Resección de apéndice preauricular	01/11/2019	08:45	<u>08:45</u>	<u>09:00</u>	Ambulatorio	Empezó tarde, no hay justificación
YCC	206630XX	Ortopedia	Reducción abierta fijación interna sitio no espec.	07/11/2019	08:00	<u>08:00</u>	<u>08:30</u>	Hospitalizado	No existe justificación del inicio de la cirugía a las 8:00 a.m.

<sup>1</sup> Los 3 quirófanos del hospital San Francisco de Asís se sometieron a un proceso de remodelación desde octubre de 2018, se espera la entrega del proyecto para marzo de 2020. Como plan remedial se habilitaron temporalmente 2 salas quirúrgicas reduciendo la capacidad instalada en un 33%, ocasionando la limitación en la oferta de servicios, y ajustes en el proceso de programación de la agenda quirúrgica.



CRH	203240XX	Cirugía General	Reconstrucción en Y de Roux + D2	14/11/2019	09:15	<b>09:40</b>	<b>10:30</b>	Hospitalizado	No existe justificación del porque esa cirugía empezó a las 9:40.
LAU	205310XX	Ginecología	Ligadura y sección bilateral de trompas de Falopio	27/11/2019	07:55	<b>07:55</b>	<b>08:30</b>	Ambulatorio	No hay justificación del inicio de la cirugía a las 7:55.

**Fuente:** Análisis de registros del TUSH, revisión de expedientes clínicos y revisión registros de enfermería de noviembre de 2019, con apoyo de la Dra. Hailyn Solano Castro, médico asistente general de la oficina de especialidades médicas.

Se observa que los casos evidenciados corresponden a las especialidades de Pediatría, Ortopedia, Cirugía General y Ginecología, que iniciaron con las cirugías programadas a las 8:45 a.m., 8:00 a.m., 9:40 a.m. y 7:55 a.m. respectivamente, lo que representó atrasos de 4 horas y 20 minutos según la hora establecida que debe ser a las 7:30 a.m.

En esa misma muestra, se determinaron oportunidades de mejora en relación con el aprovechamiento óptimo de las salas de operaciones durante la jornada ordinaria, debido a que se comprobó que en 16 casos (42 %) existieron tiempos de recambio atípicos que superaron los 40 minutos entre una cirugía y otra, el cual está establecido en 20 minutos salvo casos excepcionales. El detalle en el cuadro 7:

**Cuadro 7**  
**Hospital San Francisco de Asís**  
**Tiempos de recambio atípicos en sala de operaciones**  
**Noviembre 2019**

Nombre	Cédula	Especialidad	Fecha cirugía	Tiempo de recambio minutos	Modalidad	Observaciones
ALJU	2830102XX	Ginecología	04/11/2019	40	Ambulatorio	
MCP	205700XX	Ginecología	04/11/2019	75	Hospitalizado	
KGÁ	205240XX	Ginecología	07/11/2019	40	Hospitalizado	
KAC	208910XX	Ortopedia	07/11/2019	75	Ambulatorio	
ÁMC	205720XX	Cirugía General	08/11/2019	40	Ambulatorio	
HSC	203640XX	Ortopedia	08/11/2019	85	Hospitalizado	
XMBS	202950XX	Ortopedia	11/11/2019	75	Hospitalizado	
MAG	800470XX	Cirugía General	14/11/2019	75	Ambulatorio	En todos los casos, no existe una justificación clara de los tiempos utilizados, entre el término de una cirugía, y el inicio de la otra, denominado "tiempo de recambio".
IBR	28614XX	Ortopedia	14/11/2019	90	Hospitalizado	
CRM	20316067x	Cirugía General	15/11/2019	90	Ambulatorio	
MVE	22540317302X	Ortopedia	15/11/2019	110	Hospitalizado	
EHP	501890XX	Ortopedia	19/11/2019	80	Hospitalizado	
LAC	203950XX	Cirugía General	20/11/2019	100	Ambulatorio	
JSZ	206220XX	Ortopedia	25/11/2019	120	Hospitalizado	
TMP	209400XX	Ortopedia	28/11/2019	150	Hospitalizado	
YHC	207490XX	Obstetricia	29/11/2019	70	Hospitalizado	

**Fuente:** Análisis del TUSH, revisión de expedientes de salud, revisión registros de enfermería, consulta jefatura de Registros Médicos. Apoyo de la Dra. Hailyn Solano Castro.

Se observa que existen períodos de hasta 150 minutos, para un total de 22 horas en recambios, de los cuales no se logró documentar en la revisión efectuada, una justificación pertinente.



En el documento “Proceso de programación quirúrgica del hospital San Francisco de Asís”, elaborado por las autoridades de ese centro hospitalario, se estableció como hora de inicio de las cirugías, las 7:30 a.m., y los tiempos de recambio menores a 20 minutos (salvo excepciones), y en el oficio HSFADG-458-2019, del 1° de julio de 2019, el Dr. Luis Diego Alfaro Fonseca, director médico del hospital San Francisco de Asís, les reiteró a los médicos especialistas sobre el inicio de la programación quirúrgica las 7:30 a.m. y la hora de finalización las 3:30 p.m.

El Dr. Alfaro Fonseca, mediante oficio HSFADG-441-2016, del 5 de setiembre de 2016, en virtud de algunas inconformidades suscitadas, informó al personal médico especialista, varios aspectos en la “Programación de Salas de Operaciones”, entre los cuales citó:

“13. El horario de inicio del programa quirúrgico sin excepción será máximo a las siete y treinta minutos...”.

La Guía de ingreso, resolución y depuración de listas de espera para procedimientos médicos y quirúrgicos, en lo referente a los “responsables de la gestión de la lista de espera”, establece responsabilidad para el director médico:

“Fiscalizar la adecuada gestión de los recursos institucionales con los que cuenta la unidad, tales como equipos médicos, infraestructura, salas de operaciones, salas de hemodinamia, salas de endoscopias, materiales y suministros, etc.; y otros que fuesen asignados para la atención de listas de espera”.

La Ley General de Control Interno dispone en el artículo 8, en relación con uno de los objetivos del sistema de control interno y el ambiente de control, “c) garantizar la eficiencia y eficacia de sus operaciones”.

En relación con las causas del porqué se iniciaron esas cirugías en forma tardía, o se dieron esos tiempos de recambio atípicos entre una cirugía y otra, tal como se indicó en los cuadros descritos, no existe la información pertinente, lo anterior según la revisión efectuada de los expedientes clínicos -físicos-, notas clínicas del egreso y hoja de anestesia, así como consultas en el Expediente Digital Único en Salud (EDUS), labor que se efectuó en colaboración con la Dra. Hailyn Solano Castro, médico asistente general de la oficina de especialidades médicas del hospital San Francisco de Asís, quien corroboró dichos aspectos.

Se consultó al Dr. Enmanuel Francisco Arias Céspedes, médico asistente general de Sala de Operaciones, sobre el inicio de las cirugías a las 7:30 a.m. y aspectos relacionados con los tiempos de recambio, quien indicó lo siguiente:

“Uno de los factores responsables de no iniciar a las 7:30 los procedimientos quirúrgicos es la impuntualidad de los especialistas en el quirófano, cambio del plan quirúrgico”.

“Hay varios factores que prolongan el tiempo de recambio de las salas, uno es la carencia de instrumental quirúrgico, por ejemplo, hay dos canastas completas para realizar colecistectomía y hay tres pacientes programados, se hace una vesícula, se continúa con la otra y hay que



esterilizar un equipo y esto puede retrasar el inicio de una cirugía. Otro factor puede ser que dependiendo del tipo de anestesia se debe prolongar la recuperación del paciente, más que todo se da en niños. Otro puede ser que se nos contamine la sala y depende del momento del día o si es cercana a la hora de almuerzo esa desinfección va a durar más. Otro factor es cuando estamos haciendo una cirugía y hay otra programada, pero nos dicen que hay una emergencia, entonces hay que esperar que traigan al paciente de emergencias y eso prolonga ese tiempo de recambio, a la hora de almuerzo siempre hay coordinación entre el personal médico y de enfermería". El subrayado es nuestro.

Las doctoras Raquel Zeledón Jarquín y Daniela Escobar Arguedas, médicos asistentes especialistas en Otorrinolaringología, manifestaron que "Existen muchas debilidades en relación con el inicio de las cirugías a las 7:30 a.m., por lo general se inician 8:00 a.m. o después de esa hora [...]".

Las enfermeras Verónica Alfaro Quesada y Ana Liseth Campos Alfaro, coordinadora de Sala de Operaciones, y supervisora de enfermería de Sala de Operaciones, respectivamente, comentaron lo siguiente:

"Sí hay debilidades, en el caso de enfermería hay personal que ingresa a las 6:00 a.m. otro a las 7: a.m. y otro a las 8:00 a.m. El personal médico debe ingresar a las 7:00 a.m. y a veces no lo logran por causas que nosotros desconocemos. De 6:00 a.m. a 7:00 a.m. se equipan las salas, preparan los pacientes de cirugía ambulatoria y se reciben los pacientes que están hospitalizados, para empezar las cirugías a las 7:30 a.m. pero eso no siempre se cumple por factores externos al personal de enfermería.

Por ejemplo, el día de ayer se presentó un caso de suspensión de una cirugía porque los exámenes de funciones hepáticas de un paciente estaban alterados y eso generó un atraso en el inicio de las cirugías, y esta situación se detectó estando el paciente en el quirófano.

El personal de enfermería está siempre listo para empezar las cirugías con el paciente que se designe en esa sala, existen situaciones de suspensiones, sustitución de un paciente, una revaloración médica especializada, en el caso de ortopedia la colocación del paciente, también se presentan casos de cirugías contaminados donde la labor de desinfección tarda en algunos casos hasta 1 hora.

En el caso de enfermería llevamos un control digital desde el momento en que ingresa el instrumentista a la sala de operaciones, y el control finaliza cuando termina la limpieza, entonces, ese tiempo puede ser diferente al que está anotado en el ARCA.

Quando es la hora de almuerzo, el cirujano, en coordinación con el anestesista le indica al personal de enfermería la hora de regreso, en algunos casos supera la ½ hora". (El subrayado es nuestro).

En los casos descritos existió falta de oportunidad y de cumplimiento de las directrices emitidas por el Dr. Alfaro Fonseca en el documento "Proceso de Programación quirúrgica del hospital San Francisco de Asís", en el cual se establece el inicio de las cirugías a las 7:30 a.m., y el tiempo de recambio de 20 minutos, implicando el retraso de cirugías programadas o la posible suspensión de otras, aspectos



generadores de malestar en los usuarios, así como de falta de oportunidad en la atención de la lista de espera quirúrgica<sup>2</sup>.

Además, según el Modelo Tarifario II semestre 2019 de la Caja Costarricense de Seguro Social, el costo económico para la institución que representó las 4 horas con 20 minutos sin uso de esos recintos fue de ₡1 815 922,00, -costo de 1 hora quirófono se estableció en ₡419 059,00-, y en los casos evidenciados de tiempos de recambio por un total de 21 horas con 55 minutos, un monto de ₡9 184 359, 00.

#### 4.2 SOBRE LOS REGISTROS DE INFORMACIÓN DE LA ACTIVIDAD QUIRÚRGICA EN EL INICIO DE LAS CIRUGÍAS E INFORME MENSUAL DEL TIEMPO UTILIZADO DE SALAS DE OPERACIONES (TUSH)<sup>3</sup>

Una vez analizados los 156 procedimientos quirúrgicos realizados en noviembre de 2019, y seleccionada la muestra de 38 casos, se determinaron inconsistencias en 6 (16 %), debido a la falta de exactitud entre los registros indicados en la hoja de anestesia y el sistema de control interno implementado en el servicio de Enfermería, específicamente en el “inicio de la anestesia” y de la cirugía<sup>4</sup>, tal como se muestra en el cuadro 8:

**Cuadro 8**  
**Hospital San Francisco de Asís**  
**Diferencias entre los registros de la hoja de anestesia y el sistema de control interno**  
**implementado por el servicio de Enfermería**  
**Noviembre 2019**

Nombre	Cédula	Especialidad	Fecha cirugía	Hora inicio anestesia	Hora inicio cirugía	Control interno implementado por el servicio de Enfermería (establece una hora de inicio, una hora final y un tiempo quirúrgico total)
YCC	206630XX	Ortopedia	07/11/2019	<u>08:00</u>	08:30	Indica que la hora de inicio fue a las <u>8:10</u>
CRH	203240XX	Cirugía General	14/11/2019	<u>09:40</u>	10:30	Indica que la hora de inicio fue a las <u>9:50</u>
LAU	205310XX	Ginecología	27/11/2019	<u>07:55</u>	08:30	Indica que la hora de inicio fue a las <u>8:00</u>
ÁRR	208310XX	Cirugía General	08/11/2019	<u>10:45</u>	11:15	Indica que la hora de inicio fue a las <u>10:50</u>
CRZ	206000XX	Cirugía General	28/11/2019	<u>10:40</u>	11:15	Indica que la hora de inicio fue a las <u>10:50</u>
YHCY	207490XX	Obstetricia	29/11/2019	<u>12:05</u>	12:10	Indica que la hora de inicio fue a las <u>11:55</u>

**Fuente:** Revisión de expedientes clínicos, hojas de anestesia y sistema de control interno implementado por el servicio de Enfermería

Según esos registros, existieron diferencias de 5 y 10 minutos en relación con la hora de inicio de la anestesia, que, para efectos del control establecido en el servicio de Enfermería, se contabiliza como la hora de inicio de la cirugía.

<sup>2</sup> A diciembre de 2019 era de 2210 usuarios, el 96% (2115 casos) correspondía a cirugía ambulatoria, y el 4% (95) a cirugías electivas y los casos de Ortopedia no se estaban gestionando por las limitaciones de capacidad instalada en virtud del proyecto de remodelación de las salas de operaciones, resolviendo únicamente cirugías de trauma o prioridades. En el 2019 se autorizó un proyecto de Jornadas de Producción Quirúrgica para Cirugía General, que finalizó en diciembre mediante el cual se realizaron 800 cirugías, y para el 2020 dos más, uno para efectuar 223 Salpingectomías, y otro de 600 procedimientos quirúrgicos ambulatorios de Ortopedia, y además existe un tercer proyecto en trámite de autorización, para realizar 1000 cirugías de Otorrinolaringología.

<sup>3</sup> El promedio del TUSH del 2019 fue del 94%, en el uso de las salas superior a las 5 horas.

<sup>4</sup> Para el servicio de Enfermería es similar al de “inicio de la anestesia”, no los contabiliza aparte.



Por otra parte, se evidenciaron inconsistencias de registro en 7 usuarios intervenidos quirúrgicamente (18 % de la muestra), relacionados con diferencias con la hora de inicio de la cirugía, o de fin de la anestesia, según los datos anotados en el respectivo informe de producción mensual del Tiempo Uso Salas de Operaciones (TUSH), y la hoja de anestesia que consta en el expediente de salud, tal como se muestra en el siguiente detalle:

**Cuadro 9**  
**Hospital San Francisco de Asís**  
**Diferencias en los registros de información en la hoja de anestesia**  
**Noviembre 2019**

Nombre	Cédula	Especialidad	Fecha cirugía	Hora inicio cirugía	Hora fin de la anestesia	Observaciones según la revisión del expediente de salud, la hoja de anestesia y citas en el EDUS
SCH	203640XX	Ortopedia	08/11/2019	<u>14:05</u>		Error inicio de cirugía, fue a las 14:15. -10 minutos de diferencia-
IBR	28614XX	Ortopedia	14/11/2019	<u>13:40</u>	<u>14:55</u>	Error en la ubicación de las marcas de inicio y fin de la anestesia, la ubica al centro y no en el punto donde debe ir la marca.
CRM	203160XX	Cirugía General	15/11/2019		<u>14:20</u>	Error en transcripción del fin de la cirugía, dice 14:15 en el expediente, -5 minutos de diferencia-
MVE	22540317302XX	Ortopedia	15/11/2019	<u>12:50</u>	<u>15:10</u>	Errores, inicio de la cirugía fue 12:45. - 5 minutos de diferencia-, y de fin de la anestesia, fue a las 15:30 -20 minutos de diferencia-
MRÁ	209040XX	Ortopedia	19/11/2019		<u>12:20</u>	Error final de la anestesia, lo correcto es 12:15 – 5 minutos de diferencia-
LAC	203950XX	Cirugía General	20/11/2019	<u>12:20</u>	<u>13:40</u>	No debería tener registros en el TUSH, se realizó con anestesia local
TMP	209400XX	Ortopedia	28/11/2019	<u>14:35</u>	<u>15:55</u>	16:20 es la hora de finalización de la anestesia, -25 minutos de diferencia-

**Fuente:** Informe de producción mensual (TUSH), revisión de expedientes de salud, observaciones de la Dra. Hailyn Solano Castro.

Se observan diferencias en los registros de hasta 25 minutos -usuario TMP-, según la información consignada en la hoja de anestesia y los datos aportados de producción quirúrgica del Tiempo Uso Sala de Operaciones (TUSH).

Además, en el análisis efectuado a los informes emitidos de producción, sobre el Tiempo Uso Salas de Operaciones (TUSH), se determinaron las siguientes inconsistencias en los registros de datos:

- Abril: Se consideró un doble registro de 4.1 horas en el dato consignado del total de horas menores a 5, por lo que el valor de las horas no utilizadas da negativo (-2.5)
- Junio: Se contabilizaron en los registros 38 días de salas de operaciones disponibles, siendo lo correcto 39; eso determina un valor negativo de (-3) en el total de horas no utilizadas<sup>5</sup>.

<sup>5</sup> Según la consulta formulada por esta Auditoría sobre las causas de las inconsistencias señaladas, el Dr. Luis Diego Alfaro Fonseca, director médico del hospital San Francisco de Asís, remitió la información corregida del mes de junio de 2019.



- Julio: Se consideró en el total de horas de uso de salas menores a 5 horas, un registro ya incluido de 3.1 horas.

La Ley General de Control Interno dispone en el artículo 8 como parte de uno de sus objetivos, el garantizar la confiabilidad de la información, y en el 16 sobre los sistemas de información, el contar con procesos que permitan identificar y registrar información confiable, relevante, pertinente y oportuna.

En relación con las causas o motivos de las inexactitudes entre los registros en la hoja de anestesia y el sistema de control interno implementado por funcionarios del servicio de Enfermería, se deben a la falta de claridad en el control implementado en Enfermería, en cuanto a la anotación del inicio de la cirugía, en virtud de que existen dos tipos de inicio; el de anestesia y de cirugía, los cuales son diferentes para efectos del informe TUSH, mientras que Enfermería solo contabiliza un inicio, correspondiente al de cirugía.

En cuanto a las inconsistencias en los registros de la información en el sistema ARCA-EDUS, el Dr. Emmanuel Francisco Arias Céspedes, indicó que esto se debe a que hay participación en las anotaciones de los médicos especialistas y se presentan errores, refiriendo al respecto lo siguiente:

“Las directrices fueron giradas por el Dr. Luis Diego Alfaro Fonseca de que yo soy el encargado de anotar los tiempos quirúrgicos en el ARCA, sin embargo, se le brindó la oportunidad a los cirujanos de que hicieran el dictado quirúrgico en el cual se contemplaba la inclusión de tiempos quirúrgicos, y si algunos están incluyendo los tiempos es porque no se les ha excluido de su perfil la inclusión de los tiempos quirúrgicos. Lo que tenemos que hacer es borrar los perfiles de los médicos cirujanos que están incluyendo esta información, los cuales no tienen la capacitación respectiva y definir que solo yo realice esta función y en caso de mi ausencia que se delegue en otra persona responsable este proceso”. El subrayado es nuestro.

Por su parte, la Dra. Hailyn Solano Castro, en relación con los motivos o causas de lo evidenciado sobre diferencias en los registros entre las hojas de anestesia y lo indicado en el EDUS, señaló que “La transcripción de las horas de anestesia al sistema ARCA está fallando, debe hacerla un solo funcionario y las están haciendo todos los médicos”.

En relación con los errores en el registro de datos, evidenciados en la confección del informe de producción y rendimientos de las salas de operaciones, el Dr. Juan Carlos Jiménez Fallas, médico asistente de la Dirección médica, señaló como suyos tales hechos en el momento de confeccionar los cuadros, y que otros pueden deberse a problemas con la hoja electrónica utilizada.

El efecto que produce las inconsistencias evidenciadas, entre los registros de la información del servicio de Enfermería y las hojas de anestesia, así como lo indicado en el informe de producción mensual del Tiempo Uso de Salas de Operaciones (TUSH), conduce a la presentación y análisis de datos inexactos, mismos que pueden ser utilizados a nivel local para medir rendimientos individuales, gestión del tiempo de utilización de las salas de operaciones, e inclusive, pueden ser utilizados por autoridades regionales o del nivel central para la autorización de jornadas de producción quirúrgica con el objetivo de reducir la lista de espera.



### 4.3 SOBRE EL PROCESO DE COORDINACIÓN DE LA PROGRAMACIÓN QUIRÚRGICA EN LAS ESPECIALIDADES DE OTORRINOLARINGOLOGÍA Y DERMATOLOGÍA

En la denuncia formulada DE-140-2019 se describen presuntas irregularidades en el proceso de coordinación para efectuar la programación quirúrgica, en las especialidades de Otorrinolaringología y Dermatología<sup>6</sup>.

Entre los aspectos mencionados está la programación de una cirugía de Otorrinolaringología un viernes y la dificultad que se le presentó al personal médico de guardia para valorar un paciente ese fin de semana, denominado “pase de visita”, la inconformidad de usuarios por la suspensión y reprogramación de tres cirugías en la especialidad de Dermatología<sup>7</sup>, por un aspecto relacionado con el inicio de los procedimientos en forma tardía -a las 8:40 a.m.- el 17 de junio de 2019; así como discrepancias en el proceso de coordinación y programación quirúrgica, la asignación de salas, cantidad de usuarios a operar, condiciones de espacios o áreas disponibles, entre otros.

En el análisis efectuado por esta Auditoría se determinó que existe la necesidad de mejorar y fortalecer el proceso de coordinación de la programación y priorización quirúrgica en dichas especialidades<sup>8</sup>, y hasta de comunicación entre las doctoras Daniela Escobar Arguedas y Raquel Zeledón Jarquín, médicos asistentes especialistas del servicio de Otorrinolaringología; el Dr. Fu LynYu Tseng, médico asistente especialista en Dermatología, y la Dra. Hailyn Solano Castro, médico asistente general de la oficina de especialidades médicas, responsables con los demás coordinadores de servicio o médicos especialistas, del proceso de coordinación, programación y gestión del orden de la lista de espera quirúrgica.

En relación con el “pase de visita” o valoración de usuarios internados un fin de semana, el Dr. Alfaro Fonseca mediante oficio HSFADG-103-2019, del 15 de febrero de 2019, informó a las doctoras Zeledón Jarquín y Escobar Arguedas, lo siguiente:

“8. Se reasignarán los días de sala de operaciones para O.R.L., de manera que los viernes no sean días quirúrgicos, evitando así hospitalizaciones de pacientes que eventualmente pueden presentar complicaciones trans o post operatorias, en los cuales el seguimiento por otras especialidades puede comprometer al profesional y a la institución desde el punto de vista médico-legal”.

Por otra parte, el Dr. Alfaro Fonseca, en el oficio HSFADG-390-2019 del 3 de junio de 2019, le indicó al Dr. Fu LynYu Tseng en relación con la suspensión de cirugías, la negativa de realizarlas en una sala que reúne condiciones necesarias, y la propuesta de efectuarlas en otro recinto que no cumpliría los estándares, que las mismas serían retomadas una vez que se cuente con las salas de operaciones nuevas debidamente remodeladas; y en el documento HSFADG-408-2019 del 10 de junio de 2019, como ampliación a lo mencionado en el oficio HSFADG-390-2019, le indicó que se le definiría un día al mes

<sup>6</sup> Según la Dra. Hailyn Solano Castro, médico asistente general de la oficina de especialidades médicas, responsable de aspectos de coordinación y programación de la lista de espera quirúrgica, con los demás especialistas no existen problemas o inconvenientes de comunicación o coordinación.

<sup>7</sup> Se reprogramaron y fueron resueltas.

<sup>8</sup> Todos los meses se realiza una distribución por día y ajustes del espacio asignado a cada especialidad. En diciembre de 2019 fue así: Cirugía y Ginecología 11, Ortopedia 9, Otorrinolaringología 5 y Cirugía Pediátrica 2.





para la realización de 10 cirugías en las salas de operaciones temporales, con el fin de garantizar procedimientos quirúrgicos seguros y bajo condiciones ideales de asepsia.

También, el Dr. Alfaro Fonseca, mediante oficio HSFADG-441-2016, del 5 de setiembre de 2016, había girado algunas instrucciones al personal médico especialista, sobre la “Programación de Salas de Operaciones”, citando entre otros aspectos los siguientes:

- “1. La programación tanto de pacientes ambulatorios como hospitalizados es total responsabilidad del coordinador del servicio o en su defecto del médico especialista asignado [...]
3. Todo paciente que se incluya en la programación de sala de operaciones deberá estar incluido en la lista de espera quirúrgica, salvo casos de emergencias.
4. Aquellos casos programados que requieran algún grado de prioridad también deben incluirse en la lista de espera y será responsabilidad del médico especialista tratante anotar claramente las razones por las cuales no se respeta el orden de antigüedad [...]
7. Tanto el Dr. Enmanuel Arias Céspedes como la Dra. Hailyn Solano Castro, si bien es cierto apoyan la gestión de programación de sala de operaciones, no son responsables directos del proceso [...] la responsabilidad directa es del coordinador del servicio o del médico asignado [...]
11. En los pacientes que ingresan al programa de cirugía ambulatoria resulta conveniente que el día de la cirugía, sean valorados con los laboratorios preoperatorios y otros exámenes por el médico tratante (especialista), previo al ingreso a la sala (7:30 a.m.), con el fin de detectar cualquier contraindicación o complicación [...]”.

La Guía de ingreso, resolución y depuración de listas de espera para procedimientos médicos y quirúrgicos, en el numeral 2.4 -Médicos tratantes, indica lo siguiente:

- a) Son los responsables de la debida indicación del procedimiento en el expediente de salud y demás documentación de uso médico que deba confeccionarse al paciente, a efectos de su inclusión en la lista de espera.
- b) Deberá brindar la información necesaria al asegurado o sus familiares, según corresponda, para que este comprenda las razones por las cuales será ingresado a la lista de espera, aclarar sus dudas al respecto [...] deberá el médico dejar clara constancia escrita de dicho consentimiento en el expediente de salud”.

Esa Guía, en el numeral 3 -Proceso de inclusión de usuarios en la lista de espera-, establece que “En el caso de procedimientos quirúrgicos se debe ingresar los casos que tengan indicación de un procedimiento para el cual resulta indispensable que se efectué en un quirófano [...]. Sobre tales aspectos deberá de forma constante hacerse la debida inducción al personal competente”.

A las doctoras Escobar Arguedas y Zeledón Jarquín se les consultó sobre los inconvenientes de usuarios internados un fin de semana, y el mecanismo de programación quirúrgica, indicando al respecto lo siguiente:

“Con eso teníamos mucho problema, se supone y el acuerdo es que los especialistas de Cirugía General son los que tienen que realizar el pase de visita, cuando son emergencias y los pacientes deben permanecer sábados, domingos o feriados. Se generó una directriz donde se comunicó



que los cirujanos generales son los responsables de realizar el pase de visita, y hasta el momento y en los últimos 4 meses no se han presentado problemas con el pase de visita de nuestros pacientes.

Hoy me enteré de que para el otro mes de marzo se nos va a asignar 9 días de salas de operaciones. Los 3 o 4 días no eran suficientes, pero con 9 si podemos hacer una mejor labor. Antes con la asignación de los 3 o 4 días por mes no sabíamos si guardaba un equilibrio en esa asignación porque ni siquiera conocemos la lista de espera, cuantos casos hay y antigüedad.

Nosotras tenemos acceso desde hace cuatro meses para acá a las boletas de hospitalización de los casos que requieren cirugía, pero nosotras no tenemos acceso a la lista de espera, ni introducir pacientes ni acceder a la lista de espera, ni quitar pacientes, ni sabemos cuáles son los más antiguos, suponemos que es el orden correcto que la Dra. Solano Castro lleva en los ampos, hay veces que llegan a la consulta pacientes que nos indican que ya no se quieren operar y no tenemos forma de poder sacar ese paciente de la lista de espera.

La Dra. Hailyn Solano Castro lleva el control de la lista de espera, nosotras vamos y revisamos las boletas de hospitalización que tiene la Dra. Solano Castro y programamos, pero no tenemos acceso a la lista de espera. Desde que llamamos al Sindicato de Médicos Especialistas hace como 4 meses la situación ha cambiado y hemos sentido una mejor relación y coordinación con la Dra. Solano Castro. Nosotros consideramos que sería importante conocer la lista de espera de O.R.L. para asuntos de consulta de casos, fechas de ingreso, antigüedad de casos, depuración de pacientes.

Ahora estamos realizando una valoración los viernes antes de la programación de la cirugía para determinar cuáles pacientes sí se pueden operar o en cuales la indicación ya cambió, antes la Dra. Solano Castro realizada la programación sin conocer todos estos detalles". (El subrayado no corresponde al original).

El Dr. Fu LynYu Tseng señaló lo siguiente sobre el ingreso tardío a laborar el 17 de julio de 2019, y la suspensión de tres cirugías, así como las discrepancias que ha tenido en la asignación de una cuota de 10 pacientes a operar, y otros aspectos sobre la programación:

"Yo vivo en Heredia por la Universidad Nacional, cuando venía de camino había un accidente, eso provocó una presa en el camino y también me ocurrió ese día que se estalló una llanta del carro, y eso me imposibilitó llegar a tiempo, fue un error mío no haber llamado a nadie para comunicar esa situación.

Se me asigna 10 pacientes un día al mes, si tengo suerte y los anestesistas están de vacaciones se me asigna otro día más. En este momento está ocurriendo igual, en este mes se me asignó 1 día. Es imposible operar 10 pacientes por día debido a que dependiendo de la complejidad de la cirugía hay pacientes que requieren hasta hora y media porque no solo tienen un tumor, tienen dos o hasta tres en la cara y esto solo se ve en el momento... cuándo uno entra a operar. Esta asignación no es suficiente, ahora empezó a subir la lista de espera, no tengo idea cuantos pacientes en la lista de espera hay porque no tengo acceso a esa información.



De las 10 u 11 que me programan por día, se suspenden de 2 a 3 de acuerdo con la cantidad de pacientes porque es imposible operar tanto y cumplir con esa asignación. Lo que se conoce de la literatura mundial es que Ud como especialista no debe tener presiones externas o algún factor que lo obligue a Ud a apresurar las cirugías porque es posible que suceda un error durante la cirugía que puede posteriormente acarrear consecuencias físicas para el paciente o una nueva reintervención que ocasiona más costo para la institución y más trabajo para el cirujano [...] con el Dr. Luis Diego Alfaro Fonseca y la Dra. Ailyn Solano Castro, el trato es malo, actualmente no existe comunicación.

La programación la realiza la Dra. Hailyn Solano Castro, no tengo la mínima idea de cómo lo hace. En la programación no tengo participación, solo envió los pacientes con la hoja de hospitalización y ella se encarga de programarlos, hay una clasificación de priorización en la hoja, de alta, media o baja, y lo que no entiendo es porqué los pacientes con uñas encarnadas los está metiendo la Dra. Solano Castro como prioridad, no hay coordinación ni comunicación para la programación de la agenda quirúrgica. No conozco la información de la lista de espera.

Las dos salas habilitadas en el hospital para procedimientos quirúrgicos sí reúnen las condiciones necesarias para realizar las operaciones, y la otra ubicada en emergencias el problema es que como es una sala que la ocupa el servicio de emergencias cuando el servicio está saturada la utilizan para valorar pacientes de emergencias y el problema es que después de eso quedan muy sucias y nos las limpian, he llegado y he visto el manguito del electrocauterio lleno de sangre, las sábanas sucias y tengo programado los martes en esa sala realizar 5 biopsias, una por hora, y por esa razón tengo que esperar hasta que el servicio de enfermería pero de otro lugar y no del servicio de emergencias me colabore con la limpieza y la asistencia de la biopsia. Personal del servicio de emergencias de enfermería no colabora para la limpieza de este recinto, se negaron a ayudarme. Lo que hago es llamar al Dr. Jovel Vega Villalobos que es mi jefatura inmediata para que busque alguien que me pueda colaborar, esto estuvo pasando hace 1 año. Ahorita sigo encontrando la sala sucia pero el problema de la colaboración de una enfermera que me asista se solucionó”.

Por su parte, la Dra. Solano Castro describió los inconvenientes vividos con los especialistas señalados, refiriendo al respecto lo siguiente:

“[...] ha resultado imposible mantener un orden y una coordinación adecuada debido a múltiples situaciones que considero no ayudan a la gestión de la lista de espera, pero que pese a múltiples recordatorios no han sido efectivos [...] me encantaría tener una mayor participación en la gestión de la lista de espera de la especialidad, sin embargo me he apartado un poco ante la reacción de ambas especialistas contra mis opiniones o manera de gestionar, esto con el fin de no generar más reacciones negativas, creo que he intentado de muchas maneras demostrarles a la doctoras que lo importante de la lista es gestionar en orden, creo que siempre habrán prioridades, pero si el concepto de prioridad no es claro...enfocándonos solo en esos pacientes, dejamos por fuera aquellos que no son prioritarios pero también merecen una oportuna atención debido a su plazo de espera, para mi resulta claro que la lista de espera debe caminar de alguna manera quizás más lento para algunos (como los casos no prioritarios) y más rápido



para otros (como los casos prioritarios), pero con un adecuado orden y seguimiento, que sinceramente en este momento resulta imposible de gestionar debido a las situaciones descritas en esta especialidad”.

“En el momento en que se cerraron los quirófanos para la remodelación (octubre 2018) se nos hizo muy difícil poder mantener la programación de dermatología a cuatro salas por mes, tuvimos que disminuir la programación cuando mucho dos salas por mes, esto produjo un aumento en los tiempos de espera de estos pacientes y un aumento en el número de casos pendientes por resolver, por lo que le solicité al Dr. Yu valorar la posibilidad de no programar tres pacientes por día sino cuatro o cinco con el fin de mejorar la capacidad resolutoria, a lo que accedió sin molestia, pero aun así programando cuatro o cinco pacientes por día no había mayor impacto en la lista de espera, entonces le ofrecí de manera verbal buscar algún otro sitio donde realizar cirugías que no fuera en sala de operaciones, aumentando así nuevamente el número de días quirúrgicos, con esto no solo se aumentaba la resolución del número de pacientes por día, sino la cantidad al mes, se le ofreció la sala de cirugía menor de emergencias o bien la sala de colonoscopías (sitios parcialmente desocupados para los días viernes), sin embargo el Dr. Yu me indica que la sala de cirugía menor de emergencias no le parecía, ya que no era estéril y los pacientes corrían riesgo de sepsis del sitio quirúrgico y es entonces que él mismo refiere que le gusta la sala de colonoscopías, por lo que la habilitamos y desplazamos un grupo de enfermería al sitio para que se realizaran los procedimientos, esto logró mantener un equilibrio en la lista, manteniéndola con un plazo de espera no mayor a los 3 meses.

Con el fin de gestionarle mejor a los pacientes y reducir tiempos, más adelante se decide intentar de habilitar una sala de cirugía menor, al frente en la consulta externa, de esta manera se podía realizar todo tipo de procedimientos ambulatorios allá, descongestionando las salas de operaciones, así el Dr. Yu y otros cirujanos no tenían que compartir consultorio o buscar disponibilidad de la sala de colonoscopias, sin embargo, para el 31 de mayo del 2019 el Dr. Yu envía nota a la dirección médica comunicando su decisión de “no realizar mis cirugías de cáncer de piel y otros, en la clínica de curaciones del hospital” y ofrece realizar las cirugías en la sala de cirugía menor de emergencias, misma donde anteriormente había rechazado realizar los procedimientos.

La dirección médica mediante oficio HSFADG-390-2019 le indica al Dr. Yu que no hay aprobación para realizar las cirugías en la sala de cirugía menor de emergencias, ya que anteriormente él mismo había expresado que esta sala no cumplía con las condiciones necesarias (de ser un ambiente libre de contaminantes) para realizar los procedimientos y con el fin de proteger a los pacientes de futuras complicaciones no parece conveniente realizar los procedimientos ahí, por lo que las cirugías serán suspendidas por el momento y serán retomadas una vez que se cuenten con las condiciones óptimas.

[...] para el 10 de junio mediante oficio HSFADG-408-2019 la dirección médica informa que con el fin de garantizar la continuidad y atención de los usuarios se le asignará mínimo un día de sala de operaciones al mes..., siempre manteniendo el orden de la lista y que se debían programar 10 pacientes cada día quirúrgico [...]



Posterior a este oficio el Dr. Yu solicitó una reunión en la dirección médica pues indicaba eran demasiados pacientes para un día de sala y que él no iba a poder cumplir con lo planteado, debido principalmente al atraso que presentaba enfermería siempre en la preparación inicial de los pacientes, lo que me pareció muy curioso ya que meses antes empecé a notar que los días en que el Dr. Yu tenía sala de operaciones asignada pasaba frente a la ventana de mi oficina entre las 8:30 - 9:00 am y cuando yo le preguntaba que cual era el motivo de inicio tardío de la sala me indicaba que era culpa del personal de enfermería<sup>9</sup>.

Ha raíz de la situación evidenciada el día 17 de julio de 2019 el Dr. Luis Diego Alfaro Fonseca en el oficio HSFADG-486-2019 enviado al Dr. Yu realiza un llamado de atención sobre lo sucedido. Desde ese momento el Dr. Yu expresó a varios compañeros del hospital la molestia conmigo y la dirección médica por lo sucedido, sin embargo, puedo decir que luego de este inconveniente las cirugías están dando inicio a más tardar 7:45 am y con la resolución total de lo programado, incluso ya para el mes de diciembre pudimos darle tres fechas de sala y se dividieron la cantidad total de pacientes en lista entre las tres fechas quedando por día sólo 7 pacientes programados, con el fin de no sobrecargar la programación.

Pese a todos los inconvenientes vividos, en la actualidad mi relación con el Dr. Yu siento que es buena, coordinamos fechas de sala de operaciones juntos, permisos, vacaciones, siempre cuento con él cuando tengo alguna duda de la programación y él sabe que cuenta conmigo cuando necesite, ya sea para valoraciones de pacientes por medicina o reprogramar un paciente porque se encuentra pendiente la biopsia, reportes y demás eventualidades”.

El proceso de programación y priorización de la lista de espera quirúrgica debe contar con elementos de comunicación y entendimiento efectivos, que permitan gestionarla de manera eficiente, para lo cual se debe respetar el orden establecido de los registros, considerar los acuerdos para la inclusión de casos prioritarios, entre otros que permitan impactar y mejorar la consecución de metas y objetivos institucionales, por ende, garantizar una atención oportuna, con calidez y calidad a las personas usuarias de los servicios de salud.

Además, un posible efecto colateral de las circunstancias evidenciadas es la suspensión de cirugías, comprobándose que, de enero a diciembre de 2019, se dejaron de realizar 331 por diferentes motivos, de las cuáles se logró sustituir 26 (8 %).

El ausentismo fue uno de los motivos con 126 procedimientos suspendidos (38.07 %), distribuidos en Cirugía General con 38 (30,1 %), Ginecología 31 (24,6 %), Ortopedia 27 (21,4 %), Otorrinolaringología 23 (18,2 %) y Cirugía Pediátrica 7 (5,5 %), así como 70 (21,1 %) cancelaciones atribuibles a condiciones médicas del usuario determinadas en el momento previo a la cirugía.

Otros aspectos generadores de suspensión de cirugías en el 2019 fueron: 19 que no indican el motivo de la suspensión (7 de Ginecología, 7 de Cirugía General, 4 de Otorrinolaringología, 1 de Ortopedia), 5 por falta de valoración prequirúrgica o de Medicina Interna (2 de Cirugía General, 1 de Ortopedia, 1 de Ginecología, 1 de Otorrinolaringología).

<sup>9</sup> La Dra. Solano Castro aportó información donde indica que en 9 casos, el inicio fue tardío en cirugías de Dermatología.



## 5. SOBRE LA GESTIÓN DE RECURSO HUMANO DEL HOSPITAL SAN FRANCISCO DE ASÍS

### 5.1 SOBRE EL CONTROL DE LAS VACACIONES

Se evidenciaron debilidades en el control de las vacaciones del personal del hospital San Francisco de Asís, al identificarse 30 funcionarios que acumulan más de dos periodos sin disfrutar, registrando de 70 hasta 271 días de vacaciones disponibles, tal y como se observa a continuación:

**CUADRO 10**  
**FUNCIONARIOS CON MAYOR ACUMULACIÓN DE DÍAS DE VACACIONES SIN DISFRUTAR**  
**HOSPITAL SAN FRANCISCO DE ASÍS**  
**AL 31 DE ENERO 2020**

CÉDULA	NOMBRE	TOTAL DÍAS
109450917	1. Escalante Quirós Juan Carlos	271
111170712	2. Fajardo Arcia Mariella	229
205790004	3. Araya Sánchez Danissa	221.5
113020362	4. Bogantes Hidalgo Jeffrey Antonio	128
205630339	5. Castro González Luis Humberto	114
205780047	6. Chacón Rodríguez Lineth	110
110930058	7. Mata Arrieta Christian	92
205440352	8. Vargas Espinoza Wilson Gerardo	92
110720715	9. Chacón Bolaños Ana Laura	88
204570741	10. Alfaro Fonseca Luis Diego	80
204050644	11. Rodríguez Fernández Willy	80
602670693	12. Vargas Dimarco Franty	80
205360247	13. Castillo Campos Greivin	79
205210866	14. Castro Bogantes Andrea	77
205880500	15. Espinoza Esquivel Johana María	77
204920736	16. Vega Rodríguez Melvin	76
203520816	17. Castro Bolaños Floribeth	75
113050744	18. Alfaro Alfaro Cynthia María	74
205410448	19. Rodríguez Acosta Luis Guillermo	74
205650754	20. Salas Mora Noelia María	74
204920245	21. Castillo Morera Sylvia María	73
205570914	22. Zumbado Mora Oscar Leandro	73
204380467	23. Arias Castro Grace María	72
203660760	24. Ramírez Ávila Jose Yamil	72
205620615	25. Umaña Molina Jose Javier	72
111340726	26. Rodríguez Alvarez Eugenia María	71
603620247	27. Viales Viales Andrea	71
203570218	28. Céspedes Araya Giselle	70
206080559	29. Hidalgo Matamoros Adriana María	70
206540749	30. Alfaro Murillo Ana Carolina	70

Fuente: Elaboración propia con información aportada del SOGERH.



Aunado a lo anterior, no todos los servicios del hospital envían el cronograma anual de vacaciones a la Unidad de Gestión de Recursos Humanos, a pesar de que el 8 de noviembre de 2019 el MBA. Javier Sánchez Suárez, jefe de Recursos Humanos, les solicitó mediante correo electrónico a los jefes de los servicios del hospital, el envío de la programación de vacaciones para el 2020 a más tardar el 2 de diciembre de 2019, no obstante, únicamente los servicios de Farmacia, Laboratorio Clínico, Financiero Contable, Área de Gestión de Bienes y Servicios, Registros Médicos, Sala de Operaciones, Dirección Administrativa Financiera, Nutrición, Consulta Externa y Servicios Generales lo enviaron.

El Reglamento Interior de Trabajo, capítulo VI “De las Vacaciones”, en el artículo 32 establece que:

“...Solamente en casos excepcionales, de acuerdo con las necesidades de la Institución y el consentimiento del trabajador, pueden acumularse las vacaciones de un año con las del siguiente y por una sola ocasión en un período de cinco años. La acumulación de vacaciones debe ser formalmente aprobada por la Gerencia”.

El Manual Para el Trámite de Disfrute y Pago de Vacaciones de los Empleados de la CCSS, en el artículo 2 “Programación de Vacaciones”, dispone:

“2.1- El jefe de cada unidad de trabajo, elaborará anualmente un plan de vacaciones (por lo general durante los dos últimos meses de cada año calendario), en el que incluirá los nombres de los trabajadores y las fechas asignadas para el disfrute del derecho, el cual hará del conocimiento de sus colaboradores, ocasión que le permitirá hacer los ajustes correspondientes, atendiendo las peticiones particulares de cada uno de los funcionarios.”

Al respecto, el MBA. Javier Sánchez Suárez, jefe de la Unidad de Gestión de Recursos Humanos del hospital San Francisco de Asís, indicó:

“En cuanto a las vacaciones, se solicita de conformidad de la norma, que los servicios envíen la programación anual, a partir de ahí, se envían recordatorios de la prohibición de acumular periodos u otros aspectos en este tema. No se lleva localmente un registro o control de la cantidad de vacaciones.

Al momento de hacer los estudios de vacaciones para cada persona por año se realizan las revisiones pertinentes de las acumulaciones de vacaciones y se toman las decisiones pertinentes cuando corresponda”.

La ausencia de un control continuo de las vacaciones de funcionarios genera que estos puedan acumular más de 2 períodos, incumpliendo lo que estipula la normativa en materia laboral, afectando las condiciones laborales y de salud de los colaboradores, al no permitir el descanso físico y mental requerido.



## 5.2 SOBRE LAS ACTIVIDADES DE REVISIÓN DE LA CALIDAD DE LA NÓMINA SALARIAL

Se identificó que la Unidad de Gestión de Recursos Humanos del hospital San Francisco de Asís registra en el SCEN (Sistema diseñado para la revisión de la nómina), 24 pagos bisemanales sin finalizar el proceso de verificación de la calidad de la nómina salarial, así como no se refleja el inicio de la revisión de las dos planillas de diciembre de 2019 ni las de enero 2020.

La Dirección de Administración y Gestión de Personal dispuso mediante el oficio DAGP-1560-2011, del 30 de noviembre 2011, lo siguiente:

“En cumplimiento de la legislación vigente y con la finalidad de garantizar el pago correcto de los salarios en el nivel local, se establece a partir de la presente disposición, la obligatoriedad para las Oficinas de Recursos Humanos del uso y aplicación del "Protocolo de Control de Calidad de la Nómina Salarial", así como la emisión del "Informe de Revisión" de acuerdo con lo instruido por la Subárea de Control y Evaluación de Nómina”.

El Protocolo de Control de Calidad de la Nómina Salarial Ordinaria de la Caja Costarricense de Seguro Social, en el punto I “Calendarización y periodicidad del proceso de control de calidad de la nómina salarial”, establece:

“El proceso de control de calidad de la nómina salarial, deberá ser ejecutado una vez que se haga efectivo el pago correspondiente basado en el “Cronograma de Cierre de Planillas”. Para ello las Oficinas de Recursos Humanos deberán implementar un cronograma de revisión permanente de las nóminas salariales, con el propósito de verificar la aplicación efectiva de las disposiciones y la normativa técnica relacionada con los movimientos y acciones de personal que afectan el sistema de pago de planilla”.

Los tiempos transcurridos entre el pago de la nómina y su revisión completa en la oficina de Recursos Humanos del hospital San Francisco de Asís, se debe a una inadecuada gestión de este proceso producto del incumplimiento estricto de lo establecido en el Protocolo del Control de Nómina.

Al respecto, el MBA. Javier Sánchez Suárez, jefe de la Unidad de Gestión de Recursos Humanos, al consultarle sobre la última planilla revisada, indicó:

“La última planilla revisada es diciembre 2018 en su totalidad, posiblemente se tengan otras adelantadas, pero no terminadas en el sistema. Está sucediendo que el encargado de revisión ha tenido que apoyar la parte de trámite sobre todo por la implementación de la ley 9635 y los cambios que ha traído SIPE. No se puede abocar tiempo completo a la revisión de planillas.”

Lo descrito genera debilidades de no identificar a tiempo errores en el pago de la planilla, como es el caso de la funcionaria Hailyn Solano Castro, a quien se le registró un pago el 19 de julio de 2019 por ₡ 144 470,00 (ciento cuarenta y cuatro mil, cuatrocientos setenta colones netos) mediante Movimiento de Personal 367261 por concepto de tiempo extraordinario, cuyo cargo se realiza en la cuenta 900-10-0, no obstante, ese monto se debió pagar a la cuenta 900-01-0, ya que lo que correspondía era el pago de salario base; asimismo, en dicho Movimiento de Personal se efectuó un pago por ₡ 56 621,00 (cincuenta y seis mil, seiscientos veintiún colones netos) por concepto de antigüedad, siendo lo correcto que el pago se realizara por ₡ 55 621,00 (cincuenta y cinco mil, seiscientos veintiún colones netos).





Aunado a lo anterior, se identificó el caso de la funcionaria Iley Gutiérrez Chacón, a quien el 21 de junio de 2019 se le efectuó un pago por €29 207,00 (veintinueve mil, doscientos siete colones netos) por concepto de dedicación exclusiva, siendo que dicha funcionaria estaba nombrada como Técnico en Tecnologías de Salud, cuyo puesto no devenga dicho rubro, y esto se debió a un error de digitación en oficinas centrales, según lo mencionado por el MBA. Sánchez Suárez.

Retrasos en la revisión de planillas salariales implica el riesgo de no detectar oportunamente posibles errores en los pagos efectuados al personal y que de no identificarse y proceder con los cobros correspondientes se generaría una afectación al patrimonio institucional.

### 5.3 SOBRE LA DISTRIBUCIÓN DEL TIEMPO EXTRAORDINARIO

Se determinó que la distribución del tiempo extraordinario de algunos servicios del hospital San Francisco de Asís no es equitativa, sin que se evidencie documentación que justifique la asignación de esas jornadas extraordinarias o bien que se hayan considerado la mayor cantidad de funcionarios con el mismo perfil de quienes las realizan. Al respecto, se analizaron los tiempos extraordinarios de los proyectos de jornadas de producción quirúrgicas y de procedimientos de diagnóstico, así como los efectuados en los servicios de Enfermería, Laboratorio Clínico y Farmacia, obteniendo lo siguiente:

#### a) Pagos de tiempo extraordinario en jornadas de producción para la atención de listas de espera

En el hospital San Francisco de Asís, para el 2019, se llevó a cabo el proyecto para la atención de la lista de espera de Radiología, donde se identificó que no hubo una distribución equitativa entre el personal que realiza ese tipo de jornada, tal y como se observa a continuación:

**CUADRO 11**  
**Hospital San Francisco de Asís**  
**Jornadas de producción otorgadas a profesionales de radiología**  
**2019**

<b>NOMBRE</b>	<b>JORNADAS OTORGADAS</b>
Dr. Erasmo Serrano Frago	71
Dra. Laura Jiménez Arredondo	43
D. Rony Bogantes Bogantes	35
Dr. Sebastián Calvo	6
Dr. Byron Rodríguez	4
Dr. Daniel Benavides	4

**Fuente:** Elaboración propia con información otorgada por el Dr. Hernán López S.

Como se observa en el cuadro 11, el Dr. Erasmo Serrano es el que registra mayor otorgamiento de jornadas de producción para el proyecto de atención de la lista de espera en Radiología, con un 61 % más de quien le sigue en la asignación de esa jornada extraordinaria. De igual forma, para ese proyecto se otorgó tiempo extraordinario a otro tipo de personal que ayudó con la depuración de las listas de espera, donde la distribución de las jornadas extraordinarias para esas labores fue la siguiente:



**CUADRO 12**  
**Hospital San Francisco de Asís**  
**Día de tiempo extraordinario otorgados a personal para depuración de listas de espera**  
**2019**

<b>NOMBRE</b>	<b>DIAS DE T.E. OTORGADO</b>
Hernán López Salas	105
Mónica Retana Espinoza	89
Alejandra Picado Rodríguez	69
Adriana Sánchez Díaz	11
Erika Bogantes Arias	6
Denny Anchía Varela	6
Oscar Daniel Salazar Soro	5
Bryan Solís Alfaro	5
Denny Anchía Varela	2
Marcy Chacón Carranza	1

**Fuente:** Elaboración propia con información otorgada por el Dr. Hernán López S.

En el cuadro 12 se observa que el funcionario Hernán López Salas, médico asistente de la Dirección médica, es el que registra mayor otorgamiento de días de tiempo extraordinario para la depuración de la lista de espera, llamando la atención que él y Bryan Solís Alfaro, son los únicos médicos generales a los que se les ha otorgado esa jornada extraordinaria, ya que el resto de funcionarios que se visualizan en el cuadro es personal no profesional (oficinistas, secretarías y asistentes de redes), que están llevando a cabo esas jornadas extraordinarias donde tampoco se considera al resto de los funcionarios con los mismos perfiles de puesto.

Al analizar los otros proyectos de jornadas de producción para la atención de listas de espera, se identifica un comportamiento similar, tal y como se observa:

**CUADRO 13**  
**Jornadas de producción otorgadas a profesionales médicos para la ejecución de electromiografías**  
**Hospital San Francisco de Asís**  
**2019**

<b>NOMBRE</b>	<b>JORNADAS OTORGADAS</b>
Dra. María Félix Sánchez	11
Dra. Griska Ledezma	10
Dra. Susy Rodríguez	5
Dra. Marcela Segura	4
Dra. Melissa Carvajal	2

**Jornadas de producción otorgadas a profesionales médicos para la ejecución de**  
**Ecocardiogramas y pruebas de esfuerzo**  
**2019**

<b>NOMBRE</b>	<b>ECOS</b>	<b>P. ESFUERZO</b>	<b>TOTAL</b>
Dr. Gerardo Vásquez	45	3	48
Dr. Ricardo Chacón Bolívar	23	2	25



Dra. Yancy Uribe	0	17	17
Dr. Manuel Mora Ureña	3	7	10

**Jornadas de producción otorgadas a personal técnico para la ejecución de Ecocardiogramas y pruebas de esfuerzo 2019**

NOMBRE	ECOS	P. ESFUERZO	TOTAL
Diana Peñaranda	39	11	50
Sirleny Castillo	32	16	48
Beatriz Poveda	0	1	1

**Fuente:** Elaboración propia con información otorgada por el Dr. Hernán López S.

Aunado a lo anterior, de marzo a diciembre de 2019 se llevó a cabo la ejecución de proyectos de jornada quirúrgica para atender la lista de espera de Cirugía General donde se otorgó tiempo extraordinario a un médico general para la depuración de la lista con llamadas a pacientes, para este caso solo se le otorgó la totalidad del tiempo extraordinario a la Dra. Solano, asistente de la Dirección médica, disponiendo el hospital de 22 plazas con el mismo perfil que ella, determinándose que no hubo una distribución equitativa con el resto del personal.

Si bien la norma no es clara en cuanto al proceso de distribución de las jornadas de producción para la atención de listas de espera, así como el tiempo extraordinario que se gestiona en ella, no se evidenció la documentación correspondiente que justificara la distribución efectuada en los proyectos mencionados y que fueron llevados a cabo en el 2019 en el hospital San Francisco de Asís, de tal forma que no se sobrecargaran las labores al mismo personal y que como consecuencia podría repercutir en la salud de estos.

#### **b) Distribución del tiempo extraordinario en otras Unidades**

Se llevó a cabo el análisis de la distribución de tiempo extraordinario en los servicios de Enfermería, Laboratorio Clínico y Farmacia del hospital San Francisco de Asís, identificándose que en Farmacia se documenta y se justifica la razón de la distribución de las jornadas extraordinarias, siendo que en primera instancia se les pasa a los funcionarios un comunicado por escrito donde la jefatura solicita que aquellos que deseen realizar tiempo extraordinario lo expresen, y una vez que se tiene dicha información en un control documental se procede a efectuar la distribución basada en las indicaciones brindadas por el personal,. En el caso de Enfermería se lleva un registro de quienes aceptaron o no efectuar tiempo extraordinario, y en el Laboratorio Clínico no se documentó el proceso.

Al respecto, se identifica que, en el servicio de Enfermería, los Auxiliares de Enfermería Natalie Porras y Juan Pablo Benavidez son los que registran mayor otorgamiento de horas extras durante diciembre del 2019, con 51 y 37 horas respectivamente, donde otro personal registra de 1 a 10 horas. De igual forma sucede con los Asistentes de Pacientes, donde los funcionarios Fabián Alfaro y Allan Viquez son los que registran mayor otorgamiento de horas extras durante diciembre 2019, con 53 y 37 horas respectivamente y otro personal registra de 1 a 10 horas.



Al analizar la información correspondiente al tiempo extraordinario del servicio de Laboratorio Clínico se identificó un comportamiento similar para los puestos de Asistentes de Laboratorio Clínico Diplomados y Asistentes de Laboratorio Clínico 1 y 2.

El Instructivo para la Confección, Trámite y Pago de Tiempo Extraordinario, artículo 1.2, establece que:

“El Jefe de cada Unidad será el responsable de la organización funcional del personal a su cargo, con el propósito de que la Caja no pague sumas de dinero por concepto de horas extra que no se justifiquen”.

Las Normas de Control Interno para el Sector Público, en el punto 4.3 “Protección y conservación del patrimonio”, indican:

“El jerarca y los titulares subordinados, según sus competencias, deben establecer, evaluar y perfeccionar las actividades de control pertinentes a fin de asegurar razonablemente la protección, custodia, inventario, correcto uso y control de los activos pertenecientes a la institución, incluyendo los derechos de propiedad intelectual. Lo anterior, tomando en cuenta, fundamentalmente, el bloque de legalidad, la naturaleza de tales activos y los riesgos relevantes a los cuales puedan verse expuestos, así como los requisitos indicados en la norma 4.2.”

Lo descrito en relación con la distribución de los tiempos extraordinarios se debe a un incorrecto seguimiento del total de horas laboradas por el personal que integra el servicio; así mismo, porque no todos los funcionarios realizan tiempo extraordinario por diversos motivos.

Al respecto, el Dr. Hernán López Salas, asistente de la Dirección Médica y quien se encarga de los proyectos de jornadas de producción, indicó que los médicos generales que llevan a cabo labores de depuración de las listas de espera se deben a que realizan consultas técnicas a los pacientes; asimismo, mencionó que en cualquier tipo de Jornada extraordinaria se asigna el personal que habitualmente labora en la jornada ordinaria o aquellas personas que cuente con la capacitación requerida.

En cuanto al servicio de Enfermería, la Dra. Sindy Vanessa Salas Espinoza, jefatura, mencionó:

“El tiempo extraordinario se ofrece conforme va saliendo la sustitución, usualmente es para acompañamiento de pacientes a citas a otros centros hospitalarios, se cubre en algunas ocasiones la consulta de aplicación de metrotexato (este se ofrece a los funcionarios que cuentan con la capacitación de aplicación del mismo), los pacientes que se llevan a realizar procedimiento de cateterismos cardiacos se le ofrece a los funciones que ya recibieron la capacitación y se tiene una lista se les ofrecen conforme se nos van indicando ya que los médicos no nos dan la programación de los mismos con anterioridad (se realiza de forma equitativa de acuerdo al registro que de hecho se anota si el funcionario acepta o no acepta).”

En la solicitud de inclusión de Proyecto Especial para Atención de Listas de Espera de Cirugía General del 25 de febrero de 2019 en la sección III “Presupuesto Requerido”, se justifica el presupuesto de médico general por cuanto se pretende depurar la lista de espera además de administrar el proyecto, sin embargo, no se designa a una persona en específico.



La ausencia de documentación respecto a la distribución de jornadas de producción, así como de tiempo extraordinario limita la posibilidad de conocer y justificar las diferencias en las jornadas extraordinarias entre funcionarios, recargando de trabajo a unos en comparación con otros, por lo que pueden existir repercusiones en la salud de estos, y afectar la calidad del trabajo efectuado.

#### 5.4 SOBRE EL REGISTRO DE ELEGIBLES

Se determinó que en el hospital San Francisco de Asís los servicios no tienen uniformidad en el registro de elegibles, por cuanto en algunos casos se lleva un registro único sin diferenciarse activos y pasivos, en otros solo se identifica la cantidad de días laborados en el puesto pero no la fecha del último nombramiento realizado para verificar si el funcionario tiene más de seis meses de no haber sido nombrado y poder trasladarlo al registro de pasivos, hay servicios en los cuales no se registra la fecha del último control actualizado, asimismo, hay registros de elegibles que la oficina de Recursos Humanos no dispone, o bien los tiene desactualizados, por lo que no hay una estandarización de la información, tal y como se observa en el cuadro 14:

**CUADRO 14**  
**HOSPITAL SAN FRANCISCO DE ASÍS**  
**CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS DEL REGISTRO DE ELEGIBLES**  
**PERIODO 2019 - 2020**

SERVICIO	FECHA	ACTIVO	PASIVO	ÚNICO	MÁS 6 MESES	RRHH	
DIRECCIÓN MÉDICA	EMERGENCIAS	NI	X	X	NO	NO	
	CONSULTA EXTERNA	29/01/2020			X	NI	NO
	ENFERMERÍA *	29/01/2020	X	X		NI	11/07/2019
	REGISTROS MÉDICOS	20/01/2020	X	X	X	NI	NI
	NUTRICIÓN	31/12/2020			X	NI	NI
	FARMACIA	NI			X	NI	NI
	LABORATORIO	22/01/2020	X	X	X	NI	22/01/2020
	RAYOS X	NI			X	NI	NI
DIRECCIÓN ADMINISTRATIVA	TRABAJO SOCIAL	NI	X	X	X	NI	NI
	ADMINISTRACIÓN	NI			X	NI	NI
	CGI	NI			X	NO	ene-20
	SERVICIOS GENERALES	NI			X	NO	NI
	BIENES Y SERVICIOS	NI			X	NO	NI
	MANTENIMIENTO	18/02/2020			X	NI	NI
	LAVANDERÍA	14/02/2020			X	Si	NO
	TRANSPORTES	NI			X	No	NI
	FINANCIERO CONTABLE	04/02/2020			X	No	NI

**Fuente:** Elaboración propia con datos proporcionados por la Unidad de Recursos Humanos y por los servicios.

En el cuadro 14 se observa que únicamente los servicios de Emergencias, Enfermería, Registros Médicos, Laboratorio Clínico y Trabajo Social llevan un registro de activos y pasivos, los demás servicios llevan un



único registro, incluso Nutrición no hace una clasificación por puestos, siendo una única lista de elegibles. Los servicios de Emergencias, Registros Médicos, Centro de Gestión Informática, Servicios Generales, Área de Gestión de Bienes y Servicios, Lavandería, Transportes y Financiero Contable son los únicos que registran la fecha del último nombramiento efectuado, ya sea porque el registro de elegibles lo indica o bien porque tiene un hipervínculo a una hoja de Excel donde se da el detalle de nombramientos.

Asimismo, se detalla que la oficina de Recursos Humanos no dispone de los registros de elegibles de Emergencias, Consulta Externa y Lavandería, a pesar de que la jefatura de Recursos Humanos había hecho de conocimiento a las jefaturas, mediante oficios HSFA-UGRH-0297-2018 del 31 de julio de 2018 y HSFA-UGRH-0447-2018 del 19 de diciembre de 2018, el proceso de la conformación de las listas de elegibles y, posteriormente, mediante correos electrónicos del 10 de julio de 2019 y 16 de julio de 2019 les recuerda el envío de dichos listados.

La Circular DAGP-767-2011, del 1º de julio de 2011, dispone:

“Registro de Elegibles Activo y Pasivo: Habrá un Registro de Elegibles Activo conformado por los funcionarios con nombramiento vigente o tramitados durante los últimos seis meses en el mismo Servicio. El Registro de Elegibles Pasivo estará integrado por los funcionarios que no dispongan de nombramiento en el Servicio pero que han manifestado su voluntad de pertenecer al Registro de Elegibles.

Diseño y criterio de prioridad: Se tendrá un Registro de Elegibles por Puesto y Servicio, y los funcionarios incluidos en éste, tendrán orden de prioridad en el nombramiento interino de las plazas disponibles para tales fines, ordenado por puestos y antigüedad, conforme los nombramientos registrados según las acciones de personal tramitadas.

Responsabilidad de verificación y control: La Jefatura de cada Servicio, en coordinación con la Oficina de Recursos Humanos correspondiente, serán los responsables de verificar el cumplimiento de los requisitos establecidos en el Manual Descriptivo de Puestos y llevar el control de los nombramientos efectuados en cada uno de ellos”.

El MBA. Javier Sánchez Suárez, jefe de la Unidad de Gestión de Recursos Humanos, señaló:

“Con relación al registro de elegibles, RRHH solicita a las jefaturas llevarlos al día, de igual forma se traslada por parte de los servicios, los registros de elegibles actualizados, y aquellos casos donde se determinen dudas, se revisan, es importante señalar que en ocasiones no nos damos cuenta de anomalías ya cuando los servicios han materializado los nombramientos es muy tarde para nosotros.”

La ausencia o desactualización de listados de elegibilidad de funcionarios para realizar sustituciones interinas en el centro médico, así como la falta de separación de los registros de activos y pasivos, es una inobservancia y omisión de supervisión por parte de la Administración Activa hacia el cumplimiento de las disposiciones emitidas, en las cuales se establece que las jefaturas de servicio deben participar



activamente en los procesos sustantivos de la gestión del recurso humano, con el objeto de maximizar y aprovechar el personal con que dispone el centro asistencial.

Lo descrito, expone a las autoridades de ese hospital a efectuar contrataciones sin garantizar el cumplimiento de la normativa, incumpliendo eventualmente los principios de transparencia y libre acceso al empleo público, para los funcionarios que disponen de una estabilidad relativa o impropia en la institución.

## 5.5 SOBRE EL CONTROL DEL CUMPLIMIENTO DE OTROS REQUISITOS PARA OCUPAR EL PUESTO

Se identificó que la Unidad de Gestión de Recursos Humanos no dispone de un control que colabore con la revisión del cumplimiento de otros requisitos para ocupar determinados puestos. Al respecto, se evidenció que en los 19 nuevos ingresos del 2019, no se llevó a cabo el acto de juramentación de empleado público ni el curso de inducción de nuevo empleado de la CCSS, asimismo, en el expediente del funcionario Claudio Zamora Rodríguez, quien fue nombrado como médico asistente general, no consta la oferta de servicios ni la declaración jurada previo empleo y, en el caso del funcionario Gustavo Rodríguez Castro, nombrado como médico asistente general en un proceso de reingreso a la institución, se identificaron oficios de Recursos Humanos del hospital San Francisco de Asís solicitando información al área de salud de Zarceró, por cuanto ese centro de salud llevó a cabo las pruebas EIS, no obstante, no consta en el expediente los resultados de este.

La Circular DCRH-0142-2005, emitida por la Dirección de Recursos Humanos establece:

- “1. El acto de juramentación se realizará exclusivamente al nuevo servidor público, que ingrese por primera vez a la Institución.
2. El Acto de Juramentación lo llevará a cabo la Jefatura de la Oficina de Recursos Humanos en conjunto con la Jefatura inmediata, el primer día de trabajo. En este evento, la Jefatura de Recursos Humanos deberá leer y comentar la Constancia de Juramentación con el nuevo trabajador, donde se incluyen los deberes, derechos y responsabilidades como funcionario público.
3. El Acta de Juramentación deberá estar Firmada por la Jefatura de Recursos Humanos, así como por el nuevo empleado. Además, deberá ser firmada por el Jefe Inmediato como testigo, dejando constancia del Acto de Juramentación.
4. La oferta de servicios, la declaración jurada y el acta de juramentación se deben adjuntar a la Acción de Personal de primer ingreso”.

La Normativa de Relaciones Laborales establece en el artículo 59. Inducción y capacitación:

“Toda persona trabajadora de nuevo ingreso a un puesto de trabajo en la Institución, recibirá inducción por parte del superior en grado o por quien él delegue, sobre las tareas y funciones por realizar y sobre los factores de riesgo presentes en su lugar de trabajo. De igual forma participará de los cursos de inducción para trabajadores de nuevo ingreso impartido por las



Oficinas de Recursos Humanos, que obligatoriamente debe contemplar el tema de la Salud Ocupacional. Mediante las Oficinas Locales y Regionales de Salud Ocupacional y las Comisiones de Salud Ocupacional en cada centro de trabajo, se brindará capacitación continua a sus trabajadores(as) en Salud Ocupacional”.

En relación con el mismo tema, para los profesionales en Ciencias Médicas, el documento denominado "Normas que regulan las relaciones laborales, científicas, académicas, profesionales y sindicales, entre la CCSS y los profesionales en medicina, microbiología, farmacia, odontología, y psicología de la CCSS y Unión Médica Nacional y sindicato de profesionales en ciencias médicas de la CCSS e instituciones afines, julio 2004", específicamente en el artículo 39 refiere que:

"(...) el profesional deberá cumplir con los requisitos del puesto y aprobar las pruebas efectuadas por los Equipos Interdisciplinarios de Selección, misma que deberá practicarse en el plazo máximo de dos meses desde el inicio de labores en el primer nombramiento (...)"

El Instructivo del Manual de Reclutamiento y Selección, en el punto 1.1 “Requisitos”, señala:

“Se refiere al cúmulo de estudios académicos, experiencia y adiestramiento necesario para el adecuado desempeño del trabajo.

Este aspecto aparece en todas las clases de ingreso, siendo responsabilidad fundamental en los encargados, el comprobar que las personas interesadas en ocupar un puesto en la Institución cuenten con los requisitos formales y legales que se indican para cada clase.”

El MBA. Javier Sánchez Suárez, jefe de la Unidad de Gestión de Recursos Humanos, indicó:

“Para primeros ingresos, una persona se encarga del proceso de reclutamiento y selección, la cual verifica en el sistema del MEP el título de bachillerato y posteriormente se refrenda títulos y otros contra documentos que aporta el trabajador, también con el EIS esta persona les da seguimiento a las evaluaciones del equipo, comunicando a las partes los resultados. Aquí es donde se deben detectar posibles anomalías o situaciones especiales para los nuevos trabajadores”.

Las debilidades de control en la verificación de cumplimiento de requisitos para ser nombrados en diferentes puestos, podría eventualmente significar un riesgo a la institución, por cuanto se debilita la garantía de que el personal contratado posea las destrezas, conocimientos y habilidades necesarias para ocupar el puesto, así como cumplir con el marco normativo establecido en materia de gestión de personal.

## 5.6 SOBRE LA CONFORMACIÓN DE EXPEDIENTES DE PERSONAL

En revisión efectuada a 19 expedientes de personal de recién ingreso y 30 de funcionarios con antigüedad en la institución, se observó que no disponen de la debida foliatura y se detectaron tachones realizados a lapicero o corrector.





La Circular SDRH-0047-1996, del 29 de febrero de 1996, referente a la conformación y contenido del expediente personal, dispone que:

“Los documentos que conforman el expediente del funcionario de la Caja, que afectan su relación laboral, deben estar archivados en orden cronológico ascendente y debidamente foliados...”.

Lo evidenciado obedece a que la Unidad de Gestión de Recursos Humanos del centro hospitalario no ha establecido un adecuado sistema de control interno que permita verificar el cumplimiento de las normas técnicas que regulan la conformación del expediente personal, con el objeto de ubicar y disponer de la documentación de respaldo respecto a la relación laboral con la institución.

La conformación del expediente personal contribuye al fortalecimiento del control interno y la integración efectiva de los documentos brinda una garantía razonable sobre la idoneidad del funcionario para ocupar un cargo público; la ausencia de estos limita la garantía de disponer de información precisa del proceso de administración y gestión de recursos humanos, que es vital no solamente para el funcionamiento de la Unidad, sino también ante eventuales requerimientos legales o de otro tipo, asociados al manejo del personal.

## 5.7 SOBRE EL CONTROL DE MARCAS DE LOS HORARIOS DE LOS FUNCIONARIOS

Se determinó la falta de envío del informe mensual sobre las justificaciones respectivas de ausencias y llegadas tardías de los funcionarios por parte de las jefaturas de los servicios del hospital San Francisco de Asís a la Unidad de Gestión de Recursos Humanos. Al respecto, las justificaciones de llegadas tardías o ausencias para el personal que marca lo controlan cada jefatura en específico, únicamente cuando se tramita el pago de tiempo extraordinario es cuando los servicios envían el reporte de marcas como parte de los requisitos para el trámite.

El Reglamento Interior de Trabajo de la Caja Costarricense de Seguro Social, en el artículo 67, establece:

“El encargado de llevar el registro de asistencia y puntualidad enviará un informe mensual al Departamento de Personal en el que indicará todas las incidencias ocurridas en el período, para que se hagan las anotaciones en los prontuarios de los trabajadores”.

El oficio<sup>10</sup> “Seguimiento y control de la normativa sobre cumplimiento efectivo de la jornada laboral y horarios de trabajo”, del 31 de mayo del 2013, refiere:

“4. De la responsabilidad de supervisión por parte del máximo jerarca de cada centro de trabajo.

1. El máximo jerarca de los centros de salud distribuidos a nivel nacional es la persona responsable de velar por la calidad y oportunidad de los servicios que brinda la Institución a toda la población, razón por la cual debe ser de su especial interés que las disposiciones aquí planteadas sean acatadas.

<sup>10</sup> Oficio GA2733813 | GM930913 | GF1479013 | GIT078113 | GP2167113 | GL3070713



2. Debido a lo anterior, como parte del deber de dirección y supervisión propios de su puesto de trabajo, corresponderá al director de centros de salud y demás instancias a nivel institucional, realizar visitas aleatorias a los servicios adscritos, a fin de verificar que tanto las jefaturas como el personal en general se encuentra ejerciendo en su puesto de trabajo como corresponde, con las excepciones para ausentarse que hayan sido debidamente justificadas según la normativa interna.
3. Las autoridades superiores de cada Centro deberán efectuar un diagnóstico sobre la cantidad y calidad del equipamiento y dispositivos que disponen para ejercer un efectivo control de asistencia y puntualidad. En aquellos centros que no cuenten con equipo tecnológico adecuado, se define un plazo de 6 meses para que las unidades que carecen de dispositivos adecuados inicien las gestiones correspondientes para su adquisición y puesta en operación (...)

La ausencia del envío de los registros de marcas y las justificaciones correspondientes, según sea el caso por parte de las jefaturas, hace que la Unidad de Gestión de Recursos Humanos no registre las incidencias detectadas por los mecanismos de control, ya sea en los expedientes personales o en los prontuarios.

La falta de acciones o seguimiento a los resultados de los controles de marcas establecidos por la administración generan un debilitamiento del control interno en materia de cumplimiento de lo establecido en la normativa relacionado con el cumplimiento de horarios, y lo que implicaría la ausencia del personal del hospital en la atención oportuna de las actividades que realizan.

## **5.8 SOBRE LA SUPERVISIÓN DE LA PRODUCTIVIDAD POR PARTE DEL DIRECTOR ADMINISTRATIVO FINANCIERO**

Esta Auditoría no evidenció documentalmente la ejecución de supervisiones periódicas por parte de la Administración General del hospital San Francisco de Asís, sobre las actividades sustantivas que se llevan a cabo en la Unidad de Gestión de Recursos humanos, ni solicita a la jefatura la presentación de un informe periódico sobre la productividad del servicio.

El Manual Descriptivo de Puestos de la CCSS, para la plaza de Director Administrativo Financiero de Hospital Nivel 2, establece -en la descripción de funciones- lo siguiente:

“Planificar acciones en las áreas administrativas, financieras, presupuestarias, de materiales y recursos humanos, para la producción de servicios, según el nivel de atención correspondiente.

Evaluar y controlar la gestión administrativa en términos de productividad, costo beneficio, aporte al diagnóstico de salud local, regional o nacional, según los objetivos fijados para el área.

Establecer, mantener y desarrollar un sistema de control interno administrativo, en forma previa, concurrente y posterior a las operaciones”.



Asimismo, para la plaza de Jefe de Gestión de Recursos Humanos 1, dispone:

“Mantener controles sobre las diferentes actividades y trabajos técnicos que se realizan en la oficina y vela por que se cumplan de acuerdo con los programas, fechas y plazos establecidos. Planear, organizar, coordinar y supervisar las actividades técnicas y administrativas que se ejecutan en el proceso de la Administración de recursos humanos”.

La misma descripción del puesto en el apartado supervisión recibida, indica que “(...) Su labor es evaluada mediante el análisis de los informes que presenta, la eficiencia y eficacia obtenidas en el cumplimiento de los métodos empleados y la calidad de los resultados obtenidos”.

El MBA. Javier Sánchez Suárez, jefe de la Unidad de Gestión de Recursos Humanos del hospital San Francisco de Asís, respecto a la supervisión recibida, indicó que “Recibo supervisión de la Dirección Regional, por parte del Administrador mediante las consultas que se realizan”.

La ausencia de una supervisión periódica, formal y documentada puede ocasionar la posible materialización de riesgos asociados con la administración de los recursos humanos de los centros de salud, afectando las finanzas institucionales, así como el servicio brindado a los pacientes.

## 6. SOBRE LAS CONDICIONES DE INFRAESTRUCTURA DEL HOSPITAL SAN FRANCISCO DE ASÍS

### 6.1 DEL SERVICIO DE NUTRICIÓN

Se determinó que el servicio de Nutrición presenta una serie de inconvenientes en su infraestructura que generó la emisión de una Orden Sanitaria por parte del Ministerio de Salud -MS-DRRSCN-DARSG-OS-121-2019- del 18 de junio de 2019, la cual no había sido atendida a la fecha del análisis por parte de esta Auditoría, a pesar de que se otorgó un plazo de 22 días para su acatamiento, realizar las mejoras necesarias y solventar las deficiencias encontradas.

Dicha Orden hace referencia a incumplimientos en la infraestructura de la cocina y el comedor de funcionarios, específicamente: “La cocina del servicio de Nutrición del HSFA presenta deficientes condiciones físico-sanitarias, que requieren acciones correctivas inmediatas”, lo cual sería atendido con el proyecto puesta a punto “Diseño y Construcción del Servicio de Nutrición”.

Además, los funcionarios del Ministerio de Salud realizaron señalamientos en cuanto a la propagación de plagas (ratas, cucarachas, etc.), e inundaciones producto de la obstrucción de los desagües de aguas negras o servidas provenientes de las pilas del servicio de Nutrición<sup>11</sup>.

En el oficio DAPE – 16935-2019, del 18 de julio 2019, suscrito por el Ing. Róger Valverde Jiménez, jefe del Programa Ingeniería Ambiental, y la Bióloga Margarita Loría Naranjo, funcionaria del Programa

<sup>11</sup> El tema de las plagas e inundaciones fue corregido en el plazo concedido, y quedó pendiente lo relacionado a la infraestructura; es decir, la Orden Sanitaria ha sido atendida dentro de lo que han permitido los recursos, tanto financieros como profesionales.



Ingeniería Ambiental, de la Dirección Administración de Proyectos Especiales, consta que se realizó la evaluación de la situación del drenaje y del área de Nutrición, en la cual evidenciaron lo siguiente:

“Con respecto al sistema de tratamiento, se abrió el tanque sedimentador y se observó una gruesa capa de sólido (desechos, plásticos, grasas entre otros) en la superficie. Esto resulta preocupante tomando en cuenta que el personal de mantenimiento del hospital reportó que la limpieza del sistema se hizo hace menos de un mes.

Además, durante las pruebas realizadas con el trazador en el Centro de Acopio, se determinó que existe una obstrucción importante en la tubería de aguas sanitarias. Al mismo tiempo que en el área del campo de drenaje se presentó un desbordamiento en la caja de registro de entrada”.

En el oficio mencionado, para cumplir con la orden sanitaria en el servicio de Nutrición, se definieron los siguientes trabajos:

1. “La DAPE brindará el recurso financiero necesario para ejecutar, de la forma más rápida posible, la obra civil requerida para las mejoras.
2. La administración del hospital deberá gestionar el apoyo técnico y ejecutar un contrato completo que implique la sustitución total del piso y las paredes de la cocina, el cambio de la tubería de agua potable, la colocación de bordes sanitarios, para poder cumplir con lo establecido en la orden sanitaria emitida por el Ministerio de Salud.
3. En relación a lo anterior, el hospital deberá solicitar al Ministerio de Salud una prórroga para realizar los trabajos con los puntos: 4 al 8, de la Orden Sanitaria MS-DRRSCN-DARSG-OS-121-2019, debido a que los plazos otorgados no se ajustan a las posibilidades de la institución. Para abordar la problemática de manera integral, se requieren de, al menos, 32 semanas; por cuanto se requiere efectuar un diseño civil y mecánico completo del sitio, así como efectuar el despeje y demolición dentro del área”.

El apoyo técnico para realizar las obras de remodelación en el servicio de Nutrición fue solicitado al Arq. Marco Antonio Cordero Rodríguez, Director de Mantenimiento Institucional, mediante oficio HSFA-DAF-327-2019, del 13 de agosto 2019, suscrito por el Lic. William Vargas Chaves, Director Administrativo Financiero del hospital San Francisco de Asís, según lo requerido por la Dirección Administración Proyectos Especiales.

En el oficio DAF-HSFA-302-2019, del 14 de agosto 2019, entre otros aspectos acerca de las mejoras en el servicio de Nutrición, específicamente lo relacionado con el plan de trabajo, se adjuntó el siguiente cronograma:

Actividad	Responsable	Fecha Inicio	Fecha Final	Observaciones
Gestión de apoyo técnico	Dirección Administrativa Financiera	22/07/2019	16/08/2019	Cumplido según oficio HSFA-DAF-327-2019
Elaboración anteproyecto	Profesional Designado	16/08/2019	13/09/2019	
Confeción de presupuesto		16/09/2019	27/09/2019	



Estudio de mercado		30/09/2019	11/10/2019	
Gestión de recurso financiero	Dirección Administración Proyectos Especiales	14/10/2019	1/11/2019	
Elaboración de cartel	Dirección Mantenimiento Institucional	4/11/2019	22/11/2019	
Proceso de contratación (desde invitación hasta entrega de la orden de compra)	Área Gestión Bienes y Servicios del HSFA	25/11/2019	3/01/2020	
Ejecución del contrato	Dirección Administración Proyectos Especiales	6/01/2020	13/03/2020	

En oficio DMI-3257-2019, del 1° de octubre 2019, el Arq. Marco Cordero Rodríguez, Director de Mantenimiento Institucional, en relación con el apoyo solicitado por el Lic. Vargas Chaves para la remodelación del servicio de Nutrición, comunicó lo siguiente:

“Una vez evaluada la solicitud planteada, nuestra respuesta es que por ser un asunto del orden que se anota, no es posible que se pueda atender por esta Dirección, por cuanto se debe preparar obra nueva en razón de atender las necesidades de mejora en dicho servicio. Por lo cual se recomienda que su solicitud sea redirigida a la Gerencia de Infraestructura y Tecnologías, a fin de que la misma pueda brindar el auxilio necesario desde DAPE o DAI”.

Así mismo, en oficio GIT-DAI-0010-2020, del 6 de enero 2020, el Arq. William Rodríguez Juárez, jefe de Área de Diseño de la Dirección de Arquitectura e Ingeniería, remitió al Lic. Vargas Chaves, el informe y especificaciones técnicas para la realización de los trabajos solicitados en la orden sanitaria MS-DRRSCN-DARSG-OS-121-2019, quien indicó que “Los parámetros técnicos contenidos en los documentos anexos, podrán ser utilizados como parte del proceso de contratación de las obras requeridas para el cumplimiento de los requerimientos indicados por el Ministerio de Salud”.

En las conclusiones del informe técnico se detalló que “El servicio de Nutrición del HSFA se identifica que presenta problemas tanto en deterioro de la infraestructura, funcionalidad de materiales; generando afectación tanto a nivel funcional servicio hospitalario, como presente riesgo de contaminación al producto generado del servicio de Nutrición”.

En relación con la estimación de costo del proyecto de mejoras en el servicio de Nutrición, el Ing. Franty Vargas Dimarco, y el Arq. Freddy Alberto Astorga García, jefe y funcionario del Área Ingeniería y Mantenimiento, respectivamente, en el oficio HSFA-AIM-072-2020, del 10 de febrero 2020, informaron al Lic. Vargas Chaves lo siguiente:

“Los trabajos a realizar abarcan obras de distintas disciplinas, algunas de ellos son sistemas muy particulares por instalar dentro del servicio. Por esta razón cabe mencionar que nos encontramos trabajando en el proceso debido para obtener dimensionamiento, planos y presupuesto detallado del proyecto. Para efectos de esta estimación hemos partido de algunos



precios de referencia facilitados por la D.A.I. para proyectos de similares características, por lo tanto, hemos determinado que el monto estimado a solicitar es de ₡98.000.000,00 (...)

Las Normas de Control Interno para el Sector Público, norma 4.5.2 relacionada con la gestión de proyectos, establece:

“El jerarca y los titulares subordinados, según sus competencias, deben establecer, vigilar el cumplimiento y perfeccionar las actividades de control necesarias para garantizar razonablemente la correcta planificación y gestión de los proyectos que la institución emprenda, incluyendo los proyectos de obra pública relativos a construcciones nuevas o al mejoramiento, adición, rehabilitación o reconstrucción de las ya existentes”.

En relación con los motivos que han impedido a la Administración cumplir con los requerimientos solicitados por el Ministerio de Salud mediante la emisión de la Orden Sanitaria -MS-DRRSCN-DARSG-OS-121-2019- se le solicitó información al Lic. Vargas Chaves relacionada con el cronograma establecido por la Dirección Administración Proyectos Especiales, donde se obtuvo que los atrasos se deben a la falta de contenido presupuestario y a la existencia del Plan de Abordaje Puesta a Punto del servicio de Nutrición, que pretende desarrollar una intervención integral y con ello dar solución definitiva al problema evidenciado por el Ministerio de Salud, remitiendo además, la documentación que sustenta lo manifestado a este Órgano de Control<sup>12</sup>.

Además, la Dirección Administración Proyectos Especiales comunicó a la Dirección médica del hospital San Francisco de Asís, el alcance del proyecto Puesta a Punto “Diseño y Construcción del Servicio de Nutrición”, cuyo objetivo principal es realizar una intervención integral y con ello dar una solución definitiva a la situación actual así como mejorar las condiciones de infraestructura actual, acatando los requisitos que exige la normativa actual, considerando las carencias, deficiencias y necesidades de mejora del servicio, para lo cual se tiene previsto contar con una propuesta de base arquitectónica con el aval respectivo y en forma paralela completar los términos de referencia y el cartel de contratación, con un estimado de conclusión de la obra en el tercer trimestre<sup>13</sup> del 2021.

El incumplimiento de la Orden Sanitaria emitida recae en las autoridades del hospital San Francisco de Asís, la cual se justificaría en los atrasos que ha tenido en el desarrollo del proyecto de mejoras de la infraestructura del servicio de Nutrición, lo que requiere aportes económicos, gestión de los procesos de contratación, cronograma de actividades, entre otros, aspectos que de no cumplirse satisfactoriamente, son generadores de riesgos en el proceso de elaboración de los alimentos para los usuarios hospitalizados y personal que labora en esa Unidad.

## 6.2 SALAS DE LACTANCIA MATERNA

<sup>12</sup> Oficio HSFA-DAF-078-2020 del 3 de marzo 2020, suscrito por el Lic. William Vargas Chaves, director Administrativo Financiero del hospital San Francisco de Asís.

<sup>13</sup> Oficio DAPE-0359-2020, del 26 de febrero 2020, suscrito por el Arq. Federico Castillo Rodríguez, Jefe de Proyecto Puesta a Punto “Diseño y Construcción del Servicio de Nutrición”, dirigido al Dr. Luis Diego Alfaro Fonseca, director médico del Hospital San Francisco de Asís.



En el hospital San Francisco de Asís no disponen de salas de lactancia materna, en su lugar existe un consultorio de lactancia que no reúne las condiciones establecidas en la normativa vigente aplicable, por cuanto carece de un lavatorio; el mobiliario no es apto para la atención médica para el cual está destinado y no brinda la comodidad que requieren las usuarias; tampoco tiene las condiciones para funcionar como lactario para las pacientes o funcionarias que se encuentran en período de lactancia, y no posee una refrigeradora que permita almacenar la leche materna en forma adecuada.

En oficio sin número del 21 de agosto 2019, las doctoras Cecilia Fallas Delgado y Denia Ampié Molina, enfermeras de la Consulta de Lactancia Materna, solicitaron al Dr. Luis Diego Alfaro Fonseca, director médico, y al Lic. William Vargas Chaves, director Administrativo Financiero, la implementación de Sala de Lactancia institucional, documento en el cual se describe:

“...el hospital no cuenta con lugar apropiado para que las funcionarias que se encuentran amamantando se extraigan la leche materna en horas laborales, se ha visto que esta extracción la hacen en los servicios sanitarios, en el área de casilleros del pabellón de maternidad, en el área de procedimientos del servicio de pediatría, en el área de preparación de medicamentos, en oficinas, y en el lugar que encuentren en el momento para satisfacer la necesidad, expuestas en muchos casos a críticas, al encontrarse el lugar ocupado en el momento, sin contar con las condiciones adecuadas para realizar un procedimiento tan íntimo y además que requiere técnicas asépticas ya que la leche extraída es para darla a un lactante”.

Al respecto, el Dr. Alfaro Fonseca justificó limitaciones de espacio físico y ofreció como opción, que la sala de lactancia para funcionarias se ubicara en el consultorio de lactancia materna y, finalmente, planteó la posibilidad de incluirla en los proyectos futuros a realizar en ese centro médico<sup>14</sup>.

El Código de Trabajo, artículo 100, establece que “Todo patrono que ocupe en su establecimiento más de treinta mujeres, quedará obligado a acondicionar un local a propósito para que las madres amamanten sin peligro a sus hijos. Este acondicionamiento se hará en forma sencilla, dentro de las posibilidades económicas de dicho patrono, a juicio y con el visto bueno de la Oficina de Seguridad e Higiene del Trabajo”.

Además, en el “Reglamento de condiciones para las Salas de Lactancia Materna en los Centros de Salud”, artículos 3 y 4, se establecen los requerimientos de infraestructura y mobiliario para el funcionamiento de las salas de lactancia materna.

En concordancia con lo descrito por el Dr. Alfaro Fonseca, la ausencia de salas de lactancia materna se debe a las limitaciones de espacio en el hospital San Francisco de Asís. Sin embargo, lo anterior genera un incumplimiento de la normativa vigente, ante la obligatoriedad de disponer de una sala de lactancia y, por otra parte, riesgos de contaminación de la leche materna en el proceso de extracción por parte de la madre y traslado del perjuicio al niño, además de posibles denuncias y afectación de la imagen institucional.

<sup>14</sup> Oficio HSFADG-568-2019 del 26 de agosto 2019, suscrito por el Dr. Luis Diego Alfaro Fonseca, director médico del hospital San Francisco de Asís.



## 7. SOBRE EL PROCESO PARA LA ADQUISICIÓN DE EQUIPOS EN EL HOSPITAL SAN FRANCISCO DE ASÍS

La revisión de la información correspondiente al estudio de necesidades de equipo médico realizadas por las secciones hospitalarias y el Plan Anual de Compras de Bienes y Servicios, ambos del 2019, se observó que los coordinadores de los respectivos servicios del hospital presentaron sus requerimientos ante la Dirección médica, donde se definen los equipos a comprar, considerando la antigüedad de los activos a sustituir; sin embargo, ninguno de los incluidos en los listados suministrados fue adquirido.

Los coordinadores de servicio definieron para el 2019, como necesarios, 23 equipos, de los cuales seis fueron calificados como prioridad 1, ocho en prioridad 2 y ocho como 3, situación que se resume en el cuadro 15:

**CUADRO 15**  
**RESUMEN DE NECESIDADES DE EQUIPO**  
**SEGÚN PRIORIDAD Y SERVICIO SOLICITANTE**  
**PERIODO: 2019**

Prioridad/Servicio	Equipo	Q		Monto
<b>1</b>	<b>6</b>	<b>41</b>	<b>₡</b>	<b>49 500 000,00</b>
Consulta Externa	2	11	₡	650 000,00
Emergencias	2	4	₡	39 500 000,00
Ginecología	2	26	₡	9 350 000,00
<b>2</b>	<b>8</b>	<b>22</b>	<b>₡</b>	<b>40 450 000,00</b>
Consulta Externa	2	7	₡	2 300 000,00
Emergencias	6	15	₡	38 150 000,00
<b>3</b>	<b>8</b>	<b>38</b>	<b>₡</b>	<b>73 950 000,00</b>
Cirugía General	1	1	₡	3 000 000,00
Consulta Externa	2	6	₡	2 200 000,00
Emergencias	4	30	₡	64 750 000,00
Ginecología	1	1	₡	4 000 000,00
<b>4</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>₡</b>	<b>572 000,00</b>
Cirugía General	1	1	₡	572 000,00
<b>Total General</b>	<b>23</b>	<b>102</b>	<b>₡</b>	<b>164 472 000,00</b>

Fuente: Elaboración propia con base en estimación de necesidades de los servicios.

En relación con la toma de decisión de la compra de equipo médico, el Dr. Luis Diego Alfaro Fonseca, director médico del hospital San Francisco de Asís, señaló:

“La decisión se toma en reunión de “consejo experto”, donde se considera el tipo de financiamiento para realizar la compra, la vida útil del equipo y su depreciación en el sistema, la garantía de existencia de repuestos y si está incluido en un contrato de mantenimiento preventivo y correctivo. En cada una de las reuniones se cuenta con la información financiera correspondiente, brindada por el Área Financiero – Contable del Hospital, así como de los recursos externos aprobados, tal es el caso del Fondo de Recuperación de Equipo Médico (F.R.E.M.) y el Fondo de Recuperación de Infraestructura (F.R.I.), también se solicita criterio al Departamento de Mantenimiento y si es del caso, se solicita información a los proveedores del equipo, a fin de conocer si el equipo a sustituir cuenta con repuestos y si se garantiza el mantenimiento del mismo (Preventivo y Correctivo). En algunos casos se adjunta la guía de reemplazo”.





Al consultar acerca de la existencia de documentación de las sesiones realizadas para la toma de decisiones de los equipos a adquirir, manifestó que no se toma acta de las reuniones.

Por otra parte, en el Plan Anual de Compras del 2019 se incluyeron 19 equipos médicos, de los cuales 8 (42 %) se encuentran en las listas de necesidades realizadas por los coordinadores de servicios médicos del hospital, los 11 (58 %) restantes no corresponden a las necesidades establecidas por los coordinadores de los servicios, situación que se muestra a continuación:

CUADRO 16  
ADQUISICIÓN DE EQUIPO MÉDICO  
PLAN ANUAL DE COMPRAS 2019

P.P.	DESCRIPCIÓN DEL EQUIPO	NECESIDADES		PRIORIDAD
		SÍ	NO	
2320	Monitor para diagnóstico de imágenes medicas		X	
2320	Electrocardiógrafo, Bilirrubinómetro, Visualizador de venas, Sillón clínico de tratamiento general.		X	
2320	Monitor digital transcutáneo de gases sanguíneos		X	
2320	Artroscopio con video		X	
2320	Cunas pediátricas neonatales con baranda, Taladro para ortopedia de grandes fragmentos y Taladro para ortopedia de pequeños fragmentos.		X	
2320	Humificador de alto flujo pediátrico y Humificador de alto flujo neonatal		X	
2320	Lámpara cuello de ganso	X		2
2320	Dermatomo		X	
2320	Negatoscopios	X		3
2320	Camilla plegable		X	
2320	Camilla de traslado		X	
2320	Ventilador de transporte	X		2
2320	Ultrasonido Portátil	X		1
2320	Carro de paro	X		2
2320	Silla de ruedas	X		1
2320	Bancos hidráulicos	X		2
2320	Monitor de transporte	X		2
2320	Monitores Signos vitales diferentes tipos		X	
2320	Videolaringoscopio, Electrocauterio, cama de cuidado critico		X	

**Fuente:** Elaboración propia con información del Plan Anual de Compras 2019 y necesidades de equipos definidos por los servicios.

De los 8 equipos incluidos en el Plan Anual de Compras, 2 fueron catalogados como prioridad 1, 5 fueron calificados como prioridad 2 y 1 como prioridad 3. De esa lista, solo se gestionaron y finiquitaron 6 compras directas, 4 financiados con presupuesto ordinario del hospital y 2 por medio del Fondo de Recuperación de Equipo Médico, según se muestra a continuación:



**CUADRO 17**  
**ADQUISICIÓN DE EQUIPO MÉDICO**  
**CONCURSOS TRAMITADOS EN EL 2019**

DESCRIPCIÓN DEL EQUIPO	CONCURSO	FINANCIAMIENTO
Monitor para diagnóstico de imágenes medicas	2019CD-000035-2206-HSFA	Presupuesto Ordinario
Electrocardiógrafo, Bilirrubinómetro, Visualizador de venas, Sillón clínico de tratamiento general.	2019CD-000047-2206-HSFA	Presupuesto Ordinario
Artroscopio con video	2019CD-000042-2206-HSFA	F.R.E.M.
Cunas pediátricas neonatales con baranda, Taladro para ortopedia de grandes fragmentos y Taladro para ortopedia de pequeños fragmentos.	2019CD-000044-2206-HSFA	F.R.E.M.
Monitores Signos vitales diferentes tipos	2019CD-000067-2206-HSFA	Presupuesto Ordinario
Videolaringoscopio, Electrocauterio, cama de cuidado critico	2019CD-000061-2206-HSFA	Presupuesto Ordinario

**Fuente:** Elaboración propia con base en información suministrada por el Área de Gestión de Bienes y Servicios del hospital San Francisco de Asís.

Ninguno de los concursos indicados en el cuadro 17 corresponde a los equipos definidos como necesidades por los servicios médicos del hospital.

El informe de “Evaluación de Ejecución Plan Anual de Compras 2019”, señala que:

“Se obtiene un porcentaje de las compras realizadas con respecto a las programadas en el Plan Anual de apenas un 23%, mismo que se considera bajo, sin embargo las causas por las cuales no se ejecuta en su totalidad obedece a que muchas compras por su bajo monto se realizan por Vale de Caja Chica, aspecto que no fue considerado al realizar el Plan, además en el transcurso del año surgen otras necesidades a las cuáles se les da prioridad, lo que hace que la dirección del Plan varíe.

Por otra parte, se reciben financiamientos externos (FRI, FREM, DAI, Dirección Regional, entre otros), por lo que se debe modificar el Plan y dar prioridad a estas compras.

De igual manera se tiene claro que se debe trabajar en una planificación más precisa ya que el Plan Anual de compras se hace en base a la Matriz de Presupuesto”.

En entrevista realizada al Dr. Alfaro Fonseca, se le consultó acerca de la existencia de proyectos adicionales para la compra de equipo médico, paralelos a la planificación realizada por los servicios médicos y el Plan Anual de Compras, manifestando lo siguiente:

“Si, porque hay dineros que se brindan al hospital por medio de fondos extraordinarios tales como, el fondo de Fortalecimiento de la Prestación de Servicios de Salud y el Fondo de Recuperación de Equipo Médico, que no se tienen contemplados en la planificación, donde incluso son ellos los que determinan los equipos a financiar, previo envío de necesidades tal es el caso del fondo de Fortalecimiento de la Prestación de Servicios de Salud”.



La Ley de la Contratación Administrativa, artículo 6. Principio de publicidad, párrafo tercero, señala:

“En el primer mes de cada período presupuestario, los órganos y entes sujetos a las regulaciones de esta Ley darán a conocer el programa de adquisiciones proyectado, lo cual no implicará ningún compromiso de contratar. Para tales efectos, podrá recurrirse a la publicación en el Diario Oficial o a otros medios idóneos, tales como la página electrónica oficial del órgano o entidad. De utilizarse medios distintos de la publicación en La Gaceta, el respectivo órgano o entidad por lo menos deberá informar, en el citado diario o en dos diarios de circulación nacional, acerca del medio empleado para dar a conocer su programa de adquisiciones”.

Las Normas de Control Interno para el Sector Público, norma 4.4.1, relacionada con la documentación y registro de la documentación institucional, establece que:

“El jerarca y los titulares subordinados, según sus competencias, deben establecer las medidas pertinentes para que los actos de la gestión institucional, sus resultados y otros eventos relevantes, se registren y documenten en el lapso adecuado y conveniente, y se garanticen razonablemente la confidencialidad y el acceso a la información pública, según corresponda”.

La existencia de planes de compra de equipo médico, conformados y financiados con recursos ajenos al hospital y que son otorgados a inicios de año, cuando el Plan Anual de Compras ya está conformado y publicado, donde se consideran las necesidades planteadas por las unidades médicas, genera desajustes en la planificación y que se tenga que recurrir a realizar modificaciones en los planteamientos iniciales.

La situación evidenciada propicia que no se adquieran los equipos médicos sugeridos por los coordinadores de los respectivos servicios médicos, ni la totalidad de los incluidos en el Plan Anual de Compras del hospital, lo cual puede incidir en la adquisición de equipos que no satisfagan las necesidades originales establecidas para la atención de usuarios.

## **8. SOBRE EL SONDEO DE OPINIÓN DE FUNCIONARIOS DEL HOSPITAL SAN FRANCISCO DE ASÍS**

Esta Auditoría efectuó un sondeo de opinión a 241 funcionarios que laboraron entre el 25 y el 26 de febrero de 2020, entre las 7:00 am y las 4:00 pm, con el propósito de conocer aspectos generales sobre la gestión médica y administrativa desarrollada en el hospital San Francisco de Asís.

Entre los principales resultados, se destacan debilidades de comunicación, insatisfacción con el ambiente de trabajo y la necesidad de considerar el aporte del personal en la toma de decisiones de las jefaturas, en términos generales, se requiere mejorar la gestión de ese centro hospitalario en lo que respecta a capital humano. A continuación, los resultados:

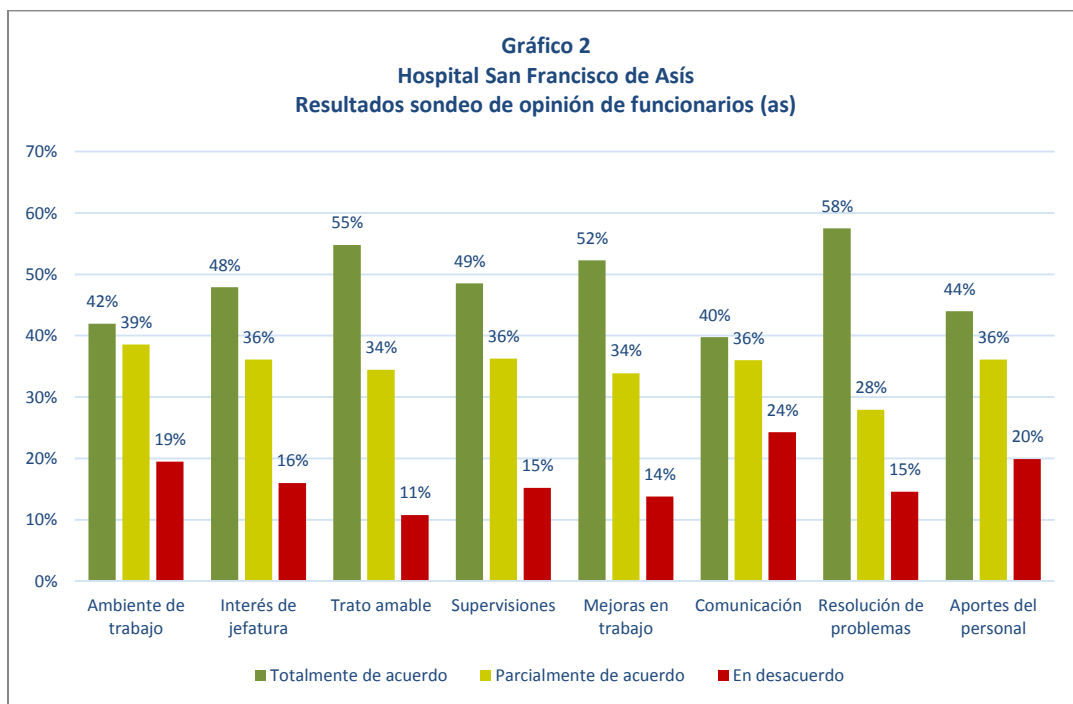


**CUADRO 18**  
**HOSPITAL SAN FRANCISCO DE ASÍS**  
**SONDEO DE OPINIÓN DE FUNCIONARIOS(AS)**

Tema	Totalmente de acuerdo	Parcialmente de acuerdo	En desacuerdo	No contestó	Total
1. Me siento satisfecho con mi ambiente de trabajo.	99	91	46	5	241
2. Mi jefe o supervisor muestra interés en las actividades que realizo como trabajador.	114	86	38	3	241
3. Recibo un trato amable y respetuoso por parte de las jefaturas del hospital.	132	83	26		241
4. Mi superior inmediato me hace revisiones o evaluaciones regulares de trabajo.	115	86	36	4	241
5. Mi superior inmediato me indica cuando debo mejorar mi trabajo.	125	81	33	2	241
6. Mis superiores permiten una adecuada comunicación y coordinación entre los servicios médicos y administrativos del hospital.	95	86	58	2	241
7. Mi jefatura dispone de apertura para atender mis inquietudes y problemas de trabajo.	138	67	35	1	241
8. Mi jefatura considera, para la toma de decisiones, los aportes realizados por el personal.	106	87	48		241

Fuente: Sondeo de opinión de funcionarios(as) del hospital San Francisco de Asís.

De igual forma, en el gráfico 2 se aprecia -de manera porcentual- los resultados del sondeo:



Fuente: Encuesta a funcionarios del hospital San Francisco de Asís.

Sin embargo, al analizar los resultados individuales se obtuvo una mayoría de opiniones negativas en los servicios de Emergencias, Redes, Lavandería, Servicios Generales y, especialmente, en Nutrición y Recursos Humanos (Ver Anexo 2).



En el caso de Nutrición y Recursos Humanos ningún funcionario mostró satisfacción con el ambiente de trabajo; consideran que la jefatura tiene poco interés en las actividades que realiza el personal y los aportes del grupo no son tomados en cuenta, además, suponen debilidades en la comunicación y coordinación.

También, se consideró al personal que labora a cargo de la Dirección médica de ese centro médico, quienes calificaron una baja comunicación y coordinación entre los diferentes servicios.

Cabe indicar que el Grupo de Apoyo Técnico (GAT) del hospital San Francisco de Asís, bajo la rectoría del Programa Atención de Situaciones Sociolaborales del Área Desarrollo Laboral - Dirección de Bienestar Laboral, realizó un estudio de clima organizacional entre mayo y junio de 2019, en el cual se reflejaron áreas críticas a nivel general como son: estímulo a la excelencia, adecuación a las condiciones de trabajo, reconocimiento a la aportación, retribución, intercambio de información y motivación.

El estudio reflejó de manera particular, un estado “crítico” en los 21 indicadores evaluados del servicio de Emergencias, similar a Nutrición, Redes, seguido de Recursos Humanos con únicamente dos variables “satisfactorias”, lo cual es concordante con los resultados del sondeo efectuado por esta Auditoría.

En cuanto a la “percepción de problemas” de Recursos Humanos, se destacó la necesidad de “más interés de la jefatura inmediata por los procesos propios de la oficina”; valoración del trabajo de cada funcionario a su cargo; falta motivación y no se “incentiva de manera correcta”; se carece de soluciones en conjunto, entre otros aspectos que generan dudas respecto al liderazgo ejercido por la Unidad de Gestión de Recursos Humanos en materia de gestión de las personas, donde el desarrollo de los trabajadores es esencial para el cumplimiento de los principios y filosofía de la institución.

Cabe indicar que los análisis realizados por esta Auditoría y el Grupo de Apoyo Técnico (GAT), aunque no representan un panorama absoluto del clima organizacional por cuanto no participó la totalidad de funcionarios del centro médico, es un indicador que permite conocer aspectos generales de gestión del hospital San Francisco de Asís.

La Ley General de Control Interno, artículo 12 -Deberes del jerarca y de los titulares subordinados en el sistema de control interno-, establece la necesidad de “a) Velar por el adecuado desarrollo de la actividad del ente o del órgano a su cargo”.

El artículo 4.5.1 de las Normas de Control Interno para el Sector Público, establece que el jerarca y los titulares subordinados, según sus competencias, deben ejercer una supervisión constante sobre el desarrollo de la gestión institucional y la observancia de las regulaciones atinentes al sistema de control interno, así como emprender las acciones necesarias para la consecución de los objetivos.

La situación descrita sobre el clima organizacional radica en la necesidad de mejorar el desempeño y gestión de las jefaturas administrativas y médicas del hospital San Francisco de Asís.

Así las cosas, un ambiente laboral adverso afecta negativamente la calidad y oportunidad de atención de los usuarios internos y externos, el cumplimiento de objetivos y metas institucionales, las relaciones interpersonales y gestión hospitalaria en general, entre otros.



## 9. SOBRE LA GESTIÓN DE LOS RECURSOS DE AMPARO EN EL HOSPITAL SAN FRANCISCO DE ASÍS

### 9.1 CONTROL Y SEGUIMIENTO DE LOS RECURSOS DE AMPARO

Se evidenció la necesidad de fortalecer el control y seguimiento de los plazos procesales, así como el cumplimiento en todos sus extremos, de los requerimientos de la Sala Constitucional y lo demandado por los pacientes.

No obstante, desde el 2018, se implementaron controles para registrar los Recursos de Amparo, mediante la conformación de expedientes físicos y un archivo de Excel para el seguimiento de las sentencias de la Sala Constitucional. De la documentación física se observaron los escritos de interposición, respuestas a la Sala Constitucional, informes de cumplimiento por parte del hospital, los comprobantes de envío por correo y en los casos en que la Caja Costarricense de Seguro Social fue condenada al pago de daños y perjuicios, consta el expediente remitido por la Sala Constitucional del Contencioso Administrativo, lo cual se considera razonable.

Lo anterior, por cuanto 11 asegurados que interpusieron recursos de amparo entre el 2018 y el 2019, manifestaron a esta Auditoría no haber recibido ninguna comunicación con autoridades locales de ese centro hospitalario, a efectos de corroborar si la situación que propició el Recurso de Amparo había sido o no resuelta.

Además, de la revisión de 20 expedientes administrativos de Recursos de Amparo del 2018 y 2019, se determinó que entre la fecha de ingreso del Recurso de Amparo y la atención médica otorgada al paciente, transcurrieron entre 65 y 160 días en la especialidad de Cirugía; entre 17 y 90 días para Consulta Externa, y en procedimientos de diagnóstico fue de 43 y 142 días, para lo cual se requiere un análisis local sobre la posibilidad de priorizar los asuntos resueltos por la Sala Constitucional.

La Ley General de Control Interno en el artículo 16 - Sistemas de información, dicta:

"Deberá contarse con sistemas de información que permitan a la administración activa tener una gestión documental institucional, entendiéndola como el conjunto de actividades realizadas con el fin de controlar, almacenar y, posteriormente, recuperar de modo adecuado la información producida o recibida en la organización, en el desarrollo de sus actividades, con el fin de prevenir cualquier desvío en los objetivos trazados. Dicha gestión documental deberá estar estrechamente relacionada con la gestión de la información, en la que deberán contemplarse las bases de datos corporativas y las demás aplicaciones informáticas, las cuales se constituyen en importantes fuentes de la información registrada.

a) Contar con procesos que permitan identificar y registrar información confiable, relevante, pertinente y oportuna; asimismo, que la información sea comunicada a la administración activa que la necesite, en la forma y dentro del plazo requeridos para el cumplimiento adecuado de sus responsabilidades, incluidas las de control interno".

De acuerdo con el Manual de funcionamiento de las Asesorías Legales, se establecen varios procesos y en el ítem 5 - Proceso Atención Recursos de Amparo, se indica "...que los recursos se deben atender de manera eficiente, eficaz y en el plazo otorgado".



El Dr. Hernán López Salas, encargado de seguimientos de recursos de amparo, indicó:

“Mi labor corresponde dar seguimiento y cumplimiento a la Sentencia, informar a la Sala Cuarta y resguardar el archivo de los expedientes. Los expedientes están conformados por la notificación por parte del Poder Judicial, el escrito de interposición, el Dr. Alfaro tramita la respuesta en 3 días con todos los documentos para gestionar el recurso, se adjunta citas, certificaciones constancias, una vez realizado este oficio se conforma el expediente con numeración interna, lo que corresponde a la jurisprudencia esta corresponde a un machote previo de acuerdo al caso, con eso se notifica a la corte por correo electrónico, se imprime el recibido y se confecciona el expediente, yo lo incluyo en el control de base de datos, y procedo a esperar la sentencia o resolución de la sala, el tiempo es relativo como puede durar un mes pueden durar seis meses en llegar, en los casos que duran demasiado solicito colaboración al Lic. Marvin Zamora a fin de ver el estado procesal del recurso, efectúa la consulta en línea del programa de la corte, se registra la sentencia en el cuadro, posteriormente se le da seguimiento para el cumplimiento, en ese caso se coordina con el servicio, en el caso de consulta externa se solicita la certificación de asistencia o no a la consulta, en el caso de estudios de radiología se solicita el reporte del radiólogo, en cirugías se imprime dictado quirúrgico que se encuentra en el ARCA”.

En consulta efectuada al Lic. Christian Mata Arrieta, Asesor Legal, respecto a los plazos que otorga la Sala Constitucional para contestar, indicó:

“En lo que respecta a los tiempos en que se debe contestar el Recurso de Amparo según la Ley de Jurisdicción Constitucional por ser plazo perentorio, debe ser en los tres primeros días hábiles, contando como primer día el siguiente al que es recibido, en el caso que sea contestado posterior a esto, la Sala Constitucional lo declara con lugar”.

Lo mencionado anteriormente corresponde a la necesidad de fortalecer los mecanismos de control interno asociados a la atención y seguimiento de los recursos de amparo, especialmente, los plazos procesales.

La inoportunidad en la atención de los requerimientos de la Sala Constitucional podría repercutir en responsabilidades administrativas o de otra índole, así como eventuales diagnósticos o tratamientos tardíos para los pacientes.

## 9.2 SERVICIOS MÁS RECURRIDOS Y REPRESENTACIÓN DE ABOGADOS

En el hospital San Francisco de Asís, entre el 2018 y el 2019, recibieron 139 Recursos de Amparo, con un promedio de 1,5 por semana. De ese total, un 40,2 % correspondió a procedimientos de diagnóstico (ultrasonidos, tomografías y cateterismos); seguido de Consulta Externa (un 28,7 %) y casos quirúrgicos (un 23,7 %).

La representación legal de la mayoría de esos recursos fue promovida por cuatro abogados: Eddy Venegas López, cédula 1 0870 0943, carnet 21108; Melissa Sanabria Saborío, cédula 2 0523 0395 carnet 24634; Leonardo Gómez Salazar, cédula 1 0876 0664, carnet 5635; y Luis Guillermo Mojica Chang, cédula 6 269 0157, carnet 10206.



Sin embargo, en consulta efectuada el 5 de marzo de 2020 en el Sistema de Reporte de Salarios Acumulados con Cotizaciones IVM, se obtuvo que el Lic. Gómez Salazar no se encontraba inscrito como trabajador independiente, pero devengó ₡215 504 520,00 (doscientos quince millones, quinientos cuatro mil, quinientos veinte colones netos) por concepto de pago de costas en Sede Administrativa entre el 2018 y el 2019.

Además, la Licda. Sanabria Saborío tampoco se encuentra registrada como Trabajador Independiente, mientras que los licenciados Venegas López y Mojica Chang sí están inscritos con salarios de ₡ 291 426,00 (doscientos noventa y un mil, cuatrocientos veintiséis colones netos) y ₡ 736 420,00 (setecientos treinta y seis mil, cuatrocientos veinte colones netos) respectivamente. Lo relacionado con la falta de inscripción como trabajadores independientes se abordó mediante otro producto de Auditoría.

Ante la incidencia de Recursos de Amparo por un mismo abogado, corresponde a las autoridades locales del hospital San Francisco de Asís, controlar que el pago de daños y perjuicios se realice a favor del amparado, puesto que el Lic. Gómez Salazar, abogado de la Fundación Derechos sin Fronteras y del despacho “Gómez y Asociados”, proporcionó a los pacientes un Poder Especial Judicial, donde autorizan “todos los actos necesarios para llevar los procesos hasta su finalización”.

Cabe mencionar que en el expediente del Recurso de Amparo 19-020446-0007-CO, del 8 de noviembre 2019, la Sala Constitucional de la Corte Suprema de Justicia describe lo siguiente:

“Gómez Salazar ha presentado 1 940 (en su calidad de recurrente o abogado director) – recursos de amparo a favor de distintos usuarios de la Caja Costarricense de Seguro Social utilizando la figura de la acción vicaria que prevé el artículo 33 de la Ley de la Jurisdicción Constitucional. Asimismo, de la Fundación Derechos sin Fronteras (...) ha planteado también diversos recursos de amparo. Ahora bien, por imperativo de la ley -artículo 51 de la LJC, al acoger un amparo se debe condenar en abstracto a la indemnización de los daños y perjuicios causados y al pago de las costas del recurso- en aquellos casos en que resulta procedente, y se reserve la liquidación para la ejecución de la sentencia. Ergo. El juez de lo contencioso-administrativo, o la Administración-CCSS- en el caso de que haya llegado a un acuerdo extrajudicial con el fin de evitar otro litigio, -ejecución de sentencia-para el pago de los daños y perjuicios deben verificar que el correspondiente pago se haga a favor del (la) amparado (a) únicamente, para que se mantenga el recto sentido de la norma. Cuando se trata de las costas honorarios-al (a la) director (a) del proceso constitucional del amparo y el (la) amparado (a) no compruebe que le pagó los honorarios al profesional en derecho. (...) este Tribunal ordenó la elaboración en el plazo de seis meses de un sistema de gestión integrado para solventar los problemas de lista de espera (...)”.

La Ley General de Control Interno establece en el artículo 8, la obligación de “a. Proteger y conservar el patrimonio público contra cualquier pérdida o contra cualquier despilfarro, uso indebido, irregularidad o acto ilegal”.

De igual forma, el artículo 19, de esa ley, establece que:

“El jerarca y los respectivos titulares subordinados de los entes y órganos sujetos a esta Ley, en los que la Contraloría General de la República disponga que debe implantarse el Sistema





Específico de Valoración de Riesgo Institucional, adoptarán las medidas necesarias para el adecuado funcionamiento del Sistema y para ubicarse al menos en un nivel de riesgo institucional aceptable”.

El Reglamento para la afiliación de los trabajadores independientes, establece en el artículo 2:

“la obligatoriedad de toda persona que califique como trabajador independiente, está obligada a cotizar para los regímenes de Enfermedad y Maternidad e Invalidez, Vejez y Muerte, tal como lo disponen los artículos: 3° de la Ley Constitutiva de la Caja Costarricense de Seguro Social, 7° del Reglamento del Seguro de Salud y 2° del Reglamento de Invalidez, Vejez y Muerte”.

El Dr. Luis Diego Alfaro Fonseca, director médico del hospital San Francisco de Asís, manifestó que los recursos de amparo se deben a una “demanda insatisfecha y por el tiempo de espera para cirugías, citas y procedimientos, la judicialización de los procesos en salud se ha vuelto una herramienta para el adelantar la atención”.

De igual forma, el Dr. Hernán López Salas, Asistente de Dirección, comentó que los Recursos de Amparo declarados con lugar obedecen a los plazos de espera de las citas.

Si bien la lista de espera para acceder a citas médicas o procedimientos quirúrgicos es el factor predominante en la incidencia de recursos de amparo, es deber de la institución garantizar la oportunidad de atención a los asegurados, sin necesidad de que los usuarios recurran a vías judiciales para reclamar un derecho constitucional, como es la salud humana. Por ende, el incremento constante de resoluciones judiciales representa gastos adicionales para la Caja Costarricense de Seguro Social, cuyos recursos podrían ser destinados a la atención oportuna de las personas.

## CONCLUSIONES

El estudio realizado en el hospital San Francisco de Asís evidencia la importancia de fortalecer la gestión de la Consulta Externa, en cuanto a la planificación del recurso humano, producción, uso de consultorios, utilización de cupos y gestión de la lista de espera, para asegurar un adecuado aprovechamiento de los recursos institucionales y reducir los tiempos de espera de los asegurados. Es necesario que, en el Servicio de Consulta Externa se efectúe un análisis enfocado en la aplicación de mecanismos que mejoren las actividades y operaciones a fin de atender las debilidades evidenciadas por esta Auditoría en relación con el uso de los recursos asignados. Aunado a lo anterior, es importante revisar la calidad de los datos registrados en el SIAC, como elemento esencial de control, seguimiento y toma de decisiones.

Sobre el servicio de Emergencias se mantienen pacientes en observación hasta por siete días a la espera de ser trasladados a los salones de Hospitalización; debido a la cantidad de pacientes que asisten durante el primer turno -principalmente-, se prolongan los tiempos para recibir atención médica, la cual se dificulta ante las limitaciones en las condiciones físicas de los consultorios médicos y áreas de observación de pacientes. Así mismo, se considera que el posible desaprovechamiento de recursos y/o falta de resolutivez del primer nivel de atención son factores imperantes en la cantidad de pacientes “no urgentes” que recurren e impactan el servicio de Emergencias del hospital San Francisco de Asís.

Por otra parte, aunque se efectúan análisis periódicos para mejorar el servicio de Hospitalización, no se ha logrado impactar -de manera satisfactoria- los días de espera de los pacientes que requieren



internamiento, ni las estancias de quienes son hospitalizados, razón por la cual es necesaria la implementación de mecanismos de control más efectivos y la valoración de otras modalidades de atención como el “Hospital de Día” u otros.

La capacidad instalada de las salas de cirugía de los hospitales representan para la institución uno de los principales recursos disponibles para la prestación de los servicios de salud, por lo que su uso y gestión deben estar acompañados de procesos de gestión efectivos para poder cumplir con los objetivos de reducir a plazos razonables la lista de espera quirúrgica, en tal sentido la planificación de las cirugías y su cumplimiento, se constituye en una herramienta esencial para lograr mejorar los indicadores de productividad y por lo consiguiente un uso racional de los recursos disponibles, lo cual impactará en forma positiva la lista de espera.

Especial atención se le debe brindar a la gestión de recursos humanos, no solo visualizarla como una instancia tramitadora, sino también como asesora, y como gestora de uno de los programas de más alto volumen de operaciones y como tal de mayor riesgo. En este sentido, la Dirección, Administración y demás jefaturas deben apoyarse en esa Unidad y mantener un sistema de control interno que de cuentas que los procedimientos de pago por conceptos salariales, tiempo extraordinario, vacaciones y control del cumplimiento la jornada laboral, se lleven a cabo de conformidad con la normativa institucional vigente y aplicable. Respecto a los procesos de selección de personal se atendieron mediante otro producto de Auditoría.

Al interno de la Unidad se debe adquirir la práctica administrativa de revisión permanente y eficiente de la planilla salarial, con el fin de atenuar el riesgo inherente al proceso de trámite, cálculo y pago de salarios, que implica la posibilidad de cometer errores que produzcan pagos improcedentes a los funcionarios. El proceso de revisión de planillas es el mecanismo por excelencia que permite detectar y corregir dichas situaciones, lo cual evidencia la importancia y pertinencia de esa revisión.

En el tema de equipamiento, la Dirección y Administración del hospital San Francisco de Asís elaboran las necesidades de equipo médico junto con la formulación del presupuesto; sin embargo, no todos los activos requeridos son incluidos en el Plan Anual de Compras y tampoco se finiquita la adquisición de estos; no obstante, se refleja la existencia de proyectos paralelos aprovechando así los recursos financieros otorgados para la adquisición de equipo médico, como el Fondo de Recuperación de Equipo Médico (F.R.E.M.) y el Fondo de Fortalecimiento de la Prestación de Servicios de Salud.

Respecto a infraestructura, se comprobó que la Administración del hospital San Francisco de Asís realizó las gestiones necesarias orientadas a atender las irregularidades evidenciadas en la orden sanitaria MS-DRRSCN-DARSG-OS-121-2019, del 18 de junio 2019, emitida por el Ministerio de Salud, donde actualmente se cuenta con el proyecto Puesta a Punto del servicio de Nutrición, el cual consiste en el desarrollo de una solución integral para atender las carencias de este.

En otro orden de ideas, la ausencia de una sala de lactancia, así como las carencias en que se realiza la Consulta de Lactancia Materna, incumplen lo establecido en la legislación vigente, situación justificada en la falta de espacio para acondicionar un consultorio conforme a lo que se establece en el Decreto Ejecutivo 41080-MTSS-S.



Por otra parte, la brecha entre la oferta de servicios y la cantidad de usuarios conlleva listas de espera y plazos prolongados para procedimientos de diagnóstico y tratamiento, lo que ha generado que algunos ciudadanos interpongan -vía judicial- recursos de amparo, de los cuales se evidenció la necesidad de mejorar el control y seguimiento por parte del nivel local.

Finalmente, los temas descritos en la denuncia DE-140-2019 y no abordados en el presente informe, serán atendidos mediante otros productos de Auditoría.

## RECOMENDACIONES

### AL DR. MARIO FELIPE RUIZ CUBILLO, EN SU CALIDAD DE GERENTE MÉDICO, O A QUIEN EN SU LUGAR OCUPE EL PUESTO

1. En coordinación con la Dra. Roxana Usaga Carrasquilla, Directora Regional de la Dirección de Red Integrada de Prestación de Servicios de Salud Central Norte y el Dr. Luis Diego Alfaro Fonseca, Director Médico del hospital San Francisco de Asís, elaborar un Plan de Acción que contenga al menos actividades, plazos y responsables, el cuál se permita atender los siguientes puntos señalados en los hallazgos del presente informe:
  - a. Fortalecer la gestión de la Consulta Externa, en cuanto al tiempo contratado y destinado a la atención directa de los pacientes; uso y aprovechamiento de consultorios médicos; control de la productividad de los profesionales en ciencias médicas; calidad de los datos registrados en el Sistema Identificación Agendas y Citas (SIAC), así como depuración de la lista de espera.
  - b. Fortalecer la gestión del servicio de Emergencias en cuanto a control y supervisión; tiempos de espera para atención médica; estancias en Observación; capacitación a los profesionales en ciencias médicas; y control de pacientes poli consultantes.
  - c. Valorar la conveniencia de implementar como modalidad alternativa a la hospitalización convencional, el “Hospital de Día”.
  - d. Fortalecer la actividad quirúrgica en cuanto a tiempos de inicio de cirugías, recambio entre procedimientos quirúrgicos; generación y gestión de datos; consistencia en registros; programación y priorización de cirugías.
  - e. Acondicionar el consultorio para lactancia materna y un espacio que funcione a modo de lactario, como medida paliativa mientras se ejecuta el proyecto de construcción.
  - f. Mejorar el proceso de planificación, priorización y adquisición de equipo médico, para lo cual deberá valorarse la creación de una comisión de compras.
  - g. En materia de recursos humanos, ejecutar un plan de mejora de los aspectos evaluados por el Grupo de Apoyo Técnico y sondeo de opinión realizado por esta Auditoría, relacionados con el clima organizacional, así como fortalecer los siguientes aspectos: conformación de lista de elegibles; cumplimiento de requisitos exigidos para el puesto; documentación y justificación que



respalde la distribución del tiempo extraordinario, conformación del expediente personal; control de la nómina salarial; gestión del tiempo extraordinario; control de vacaciones y cumplimiento de horarios; así como la supervisión del personal.

- h. Implementar mecanismos de control interno para mejorar la gestión y administración de los recursos de amparo.

Lo anterior, en el entendido que corresponderá a las autoridades locales del hospital San Francisco de Asís ejecutar el plan de acción, y a la Dirección de Red Integrada de Prestación de Servicios de Salud Central Norte verificar el cumplimiento de cada actividad programada.

Para acreditar el cumplimiento de esta recomendación, se deberá presentar a este Órgano de Control y Fiscalización, en un plazo de **tres**, el Plan de Acción requerido; y en el término de **seis meses**, un informe de avance al cumplimiento del Plan de Acción. **Plazo total: 9 meses.**

#### **A LA DRA. ROXANA USAGA CARRASQUILLA, EN SU CALIDAD DE DIRECTORA DE RED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRAL NORTE, O A QUIEN EN SU LUGAR OCUPE EL PUESTO**

2. Realizar un análisis sobre el aprovechamiento de los recursos, acorde a la capacidad instalada de la Consulta Externa, de las áreas de salud de Grecia y Naranjo, a fin de revisar los aspectos relacionados con las horas médicas asignadas y utilizadas en la atención de pacientes, cupos y sustitución de citas, entre otros que se estime pertinente, a fin de que se establezcan medidas correctivas que contribuyan a disminuir el flujo de consultas no urgentes en el servicio de Emergencias del hospital San Francisco de Asís.

Para acreditar el cumplimiento de la presente recomendación, debe remitir a esta Auditoría Interna, en un plazo de **dos meses**, el Plan de Acción que incluya responsables, actividades, fechas, entre otros que consideren y, en el término de **siete meses**, un informe donde conste la evaluación realizada en las áreas de salud. **Plazo total: 9 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 siguientes funcionarios:

- MDE. Gilberto León Salazar, Asesor Legal de Gerencia Médica.
- Dra. Roxana Usaga Carrasquilla, Directora de Red Integrada de Prestación de Servicios de Salud Central Norte.
- Dr. Luis Diego Alfaro Fonseca, Director Médico del hospital San Francisco de Asís.

El Dr. Alfaro Fonseca comentó que existe imposibilidad de cumplir con la apertura del “Hospital de Día” y para el control de los recursos de amparo ya disponen de un sistema de información en el cual fueron capacitados los profesionales en Derecho.



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

En cuanto al MDE. León Salazar y la Dra. Usaga Carrasquilla, efectuaron las observaciones descritas en el Anexo 3.

### ÁREA GESTIÓN OPERATIVA

Ing. Alejandra Jara Sanabria  
**ASISTENTE DE AUDITORÍA**

Lic. Luis Alberto Arce Pérez  
**ASISTENTE DE AUDITORÍA**

Lic. Emilio Alberto Zúñiga Calderón  
**ASISTENTE DE AUDITORÍA**

Ing. Leonardo Fabio Díaz Porras  
**ASISTENTE DE AUDITORÍA**

Licda. Wendy Nuñez Quirós  
**ASISTENTE DE AUDITORÍA**

Lic. Óscar Madrigal Benavides  
**ASISTENTE DE AUDITORÍA**

Lic. Geiner Arce Peñaranda, Mgtr.  
**JEFE DE SUBÁREA**

GAP/AJS/LAAP/EAZC/LFDP/WNQ/OMB/edvz

Ci: Auditoría



**ANEXO 1  
USOS DE CONSULTORIOS MÉDICOS**

AUDITORÍA INTERNA				Fecha inicio: 26/02/2020
Unidad evaluada: Hospital San Francisco de Asís				Fecha final: 27/02/2020
Objeto: Analizar la ocupación de consultorios médicos.				
Periodo: 26 y 27 de febrero de 2020.				
UTILIZACIÓN DE CONSULTORIOS MÉDICOS				
Consultorio	Pacientes	Total	Horas utilizadas	Promedio diario
CARDIOLOGIA1	NUEVO	4		
	SUBSECUENTE	6		
Total CARDIOLOGIA1		10	3.5	Se utilizó solo un día.
CARDIOLOGIA2	SUBSECUENTE	4		
Total CARDIOLOGIA2		4	1	Se utilizó solo un día.
CIRUGIA 1	NUEVO	3		
	SUBSECUENTE	19	6.25	3.1 horas
Total CIRUGIA 1		22		
CIRUGIA 2	NUEVO	3		
	SUBSECUENTE	47		
Total CIRUGIA 2		50	13.25	6.6 horas
CIRUGIA 3	NUEVO	3		
	SUBSECUENTE	8		
Total CIRUGIA 3		11	3.5	Se utilizó solo un día.
DERMATOLOGIA 2	NUEVO	4		
	SUBSECUENTE	1		
Total DERMATOLOGIA 2		5	2.25	1.1 horas
FISIATRIA	NUEVO	7		
	SUBSECUENTE	5		
Total FISIATRIA		12	6	3 horas
GASTROENTEROLOGIA 1	NUEVO	2		
	SUBSECUENTE	2		
Total GASTROENTEROLOGIA 1		4	2.5	Se utilizó solo un día.
GINECOLOGIA COLPOSCOPIA	NUEVO	6		
Total GINECOLOGIA COLPOSCOPIA		6	1.5	Se utilizó solo un día.
GINECOLOGIA OBSTETRICIA	NUEVO	16		
	SUBSECUENTE	25		
Total GINECOLOGIA OBSTETRICIA		41	14.25	7.1 horas
MEDICINA FAMILIAR	NUEVO	11		
	NUEVO RECARGO	3		
	SUBSECUENTE	11		
	SUBSECUENTE RECARG	7		
Total MEDICINA FAMILIAR		32	11.5	5.7 horas
MEDICINA INTERNA	NUEVO	8		
	SUBSECUENTE	35		
Total MEDICINA INTERNA		43	12.75	6.3 horas
MEDICINA LABORAL	NUEVO	8		
	SUBSECUENTE	14		
Total MEDICINA LABORAL		22	7.5	3.7 horas
ORL 1	NUEVO	8		
	SUBSECUENTE	12		
Total ORL 1		20	7	3.5 horas
ORL 2	NUEVO	22		
	SUBSECUENTE	18		
Total ORL 2		40	15.5	7.7 horas
ORTOPEDIA 1	SUBSECUENTE	24		
Total ORTOPEIDIA 1		24	6	3 horas
ORTOPEDIA 2	SUBSECUENTE	29		
Total ORTOPEIDIA 2		29	7.25	Se utilizó solo un día.
ORTOPEDIA 3	NUEVO	11		
	SUBSECUENTE	7		
	SUBSECUENTE RECARG	4		
Total ORTOPEIDIA 3		22	8.25	4.1 horas
PEDIATRIA	NUEVO	7		
	SUBSECUENTE	49		
Total PEDIATRIA		56	15.75	7.8 horas
PSIQUIATRIA	NUEVO	1		
	SUBSECUENTE	56		
Total PSIQUIATRIA		57	14.5	7.2 horas
Total general		510		
<b>Nota:</b> El análisis fue realizado con base en los pacientes programados entre el 26 y 27 de febrero, así como en un estimado de 8 horas diarias.				
<b>Resultados:</b>				
De 20 consultorios analizados, 13 (el 65 %) fueron utilizados menos de 4 horas diarias, inclusive, 6 de ellos fueron asignados solo un día para atención médica.				
Los consultorios de cardiología y gastroenterología no se utilizaron el 26 de febrero de 2020, por cuanto disponen de equipo especializado y no son compartidos con otros profesionales.				
Lic. Luis Alberto Arce Pérez AUDITORÍA INTERNA				



**ANEXO 2**  
**HOSPITAL SAN FRANCISCO DE ASÍS**  
**RESULTADOS DE SONDEO DE OPINIÓN DE FUNCIONARIOS**

<b>SERVICIO DE EMERGENCIAS</b>	<b>Totalmente de acuerdo</b>	<b>Parcialmente de acuerdo</b>	<b>En desacuerdo</b>
1. Me siento satisfecho con mi ambiente de trabajo.	17%	33%	50%
2. Mi jefe o supervisor muestra interés en las actividades que realizo como trabajador.	17%	46%	38%
3. Recibo un trato amable y respetuoso por parte de las jefaturas del hospital.	21%	54%	25%
4. Mi superior inmediato me hace revisiones o evaluaciones regulares de trabajo.	25%	46%	29%
5. Mi superior inmediato me indica cuando debo mejorar mi trabajo.	25%	54%	21%
6. Mis superiores permiten una adecuada comunicación y coordinación entre los servicios médicos y administrativos del hospital.	21%	38%	42%
7. Mi jefatura dispone de apertura para atender mis inquietudes y problemas de trabajo.	29%	33%	38%
8. Mi jefatura considera, para la toma de decisiones, los aportes realizados por el personal.	17%	38%	46%
<b>REGISTROS Y ESTADÍSTICA EN SALUD</b>	<b>Totalmente de acuerdo</b>	<b>Parcialmente de acuerdo</b>	<b>En desacuerdo</b>
1. Me siento satisfecho con mi ambiente de trabajo.	31%	38%	31%
2. Mi jefe o supervisor muestra interés en las actividades que realizo como trabajador.	31%	38%	31%
3. Recibo un trato amable y respetuoso por parte de las jefaturas del hospital.	35%	42%	23%
4. Mi superior inmediato me hace revisiones o evaluaciones regulares de trabajo.	15%	65%	19%
5. Mi superior inmediato me indica cuando debo mejorar mi trabajo.	42%	38%	19%
6. Mis superiores permiten una adecuada comunicación y coordinación entre los servicios médicos y administrativos del hospital.	23%	31%	46%
7. Mi jefatura dispone de apertura para atender mis inquietudes y problemas de trabajo.	35%	27%	38%
8. Mi jefatura considera, para la toma de decisiones, los aportes realizados por el personal.	23%	35%	42%
<b>LAVANDERÍA</b>	<b>Totalmente de acuerdo</b>	<b>Parcialmente de acuerdo</b>	<b>En desacuerdo</b>
1. Me siento satisfecho con mi ambiente de trabajo.	56%	44%	0%
2. Mi jefe o supervisor muestra interés en las actividades que realizo como trabajador.	67%	22%	11%
3. Recibo un trato amable y respetuoso por parte de las jefaturas del hospital.	33%	56%	11%
4. Mi superior inmediato me hace revisiones o evaluaciones regulares de trabajo.	33%	44%	22%
5. Mi superior inmediato me indica cuando debo mejorar mi trabajo.	11%	67%	22%
6. Mis superiores permiten una adecuada comunicación y coordinación entre los servicios médicos y administrativos del hospital.	11%	67%	11%
7. Mi jefatura dispone de apertura para atender mis inquietudes y problemas de trabajo.	100%	0%	0%
8. Mi jefatura considera, para la toma de decisiones, los aportes realizados por el personal.	67%	22%	11%
<b>SERVICIOS GENERALES</b>	<b>Totalmente de acuerdo</b>	<b>Parcialmente de acuerdo</b>	<b>En desacuerdo</b>
1. Me siento satisfecho con mi ambiente de trabajo.	33%	29%	38%
2. Mi jefe o supervisor muestra interés en las actividades que realizo como trabajador.	30%	45%	25%
3. Recibo un trato amable y respetuoso por parte de las jefaturas del hospital.	29%	43%	29%



**ANEXO 2**  
**HOSPITAL SAN FRANCISCO DE ASÍS**  
**RESULTADOS DE SONDEO DE OPINIÓN DE FUNCIONARIOS**

4. Mi superior inmediato me hace revisiones o evaluaciones regulares de trabajo.	19%	48%	33%
5. Mi superior inmediato me indica cuando debo mejorar mi trabajo.	15%	50%	35%
6. Mis superiores permiten una adecuada comunicación y coordinación entre los servicios médicos y administrativos del hospital.	15%	40%	45%
7. Mi jefatura dispone de apertura para atender mis inquietudes y problemas de trabajo.	33%	29%	38%
8. Mi jefatura considera, para la toma de decisiones, los aportes realizados por el personal.	38%	33%	29%
	<b>Totalmente de acuerdo</b>	<b>Parcialmente de acuerdo</b>	<b>En desacuerdo</b>
<b>NUTRICIÓN</b>			
1. Me siento satisfecho con mi ambiente de trabajo.	0%	43%	57%
2. Mi jefe o supervisor muestra interés en las actividades que realizo como trabajador.	7%	50%	43%
3. Recibo un trato amable y respetuoso por parte de las jefaturas del hospital.	29%	64%	7%
4. Mi superior inmediato me hace revisiones o evaluaciones regulares de trabajo.	14%	43%	43%
5. Mi superior inmediato me indica cuando debo mejorar mi trabajo.	21%	64%	14%
6. Mis superiores permiten una adecuada comunicación y coordinación entre los servicios médicos y administrativos del hospital.	0%	57%	43%
7. Mi jefatura dispone de apertura para atender mis inquietudes y problemas de trabajo.	23%	69%	8%
8. Mi jefatura considera, para la toma de decisiones, los aportes realizados por el personal.	0%	57%	43%
	<b>Totalmente de acuerdo</b>	<b>Parcialmente de acuerdo</b>	<b>En desacuerdo</b>
<b>RECURSOS HUMANOS</b>			
1. Me siento satisfecho con mi ambiente de trabajo.	0%	57%	43%
2. Mi jefe o supervisor muestra interés en las actividades que realizo como trabajador.	14%	57%	29%
3. Recibo un trato amable y respetuoso por parte de las jefaturas del hospital.	43%	29%	29%
4. Mi superior inmediato me hace revisiones o evaluaciones regulares de trabajo.	14%	29%	57%
5. Mi superior inmediato me indica cuando debo mejorar mi trabajo.	14%	57%	29%
6. Mis superiores permiten una adecuada comunicación y coordinación entre los servicios médicos y administrativos del hospital.	14%	29%	57%
7. Mi jefatura dispone de apertura para atender mis inquietudes y problemas de trabajo.	14%	71%	14%
8. Mi jefatura considera, para la toma de decisiones, los aportes realizados por el personal.	0%	57%	43%
	<b>Totalmente de acuerdo</b>	<b>Parcialmente de acuerdo</b>	<b>En desacuerdo</b>
<b>DIRECCIÓN MÉDICA</b>			
1. Me siento satisfecho con mi ambiente de trabajo.	<b>74%</b>	21%	5%
2. Mi jefe o supervisor muestra interés en las actividades que realizo como trabajador.	80%	15%	5%
3. Recibo un trato amable y respetuoso por parte de las jefaturas del hospital.	90%	5%	5%
4. Mi superior inmediato me hace revisiones o evaluaciones regulares de trabajo.	79%	16%	5%
5. Mi superior inmediato me indica cuando debo mejorar mi trabajo.	90%	5%	5%
6. Mis superiores permiten una adecuada comunicación y coordinación entre los servicios médicos y administrativos del hospital.	<b>65%</b>	20%	15%
7. Mi jefatura dispone de apertura para atender mis inquietudes y problemas de trabajo.	90%	10%	0%
8. Mi jefatura considera, para la toma de decisiones, los aportes realizados por el personal.	80%	15%	5%





### ANEXO 3

## OBSERVACIONES AL BORRADOR DEL INFORME “EVALUACIÓN DE LA GESTIÓN MÉDICA Y ADMINISTRATIVA DEL HOSPITAL SAN FRANCISCO DE ASÍS” POR PARTE DE LA GERENCIA MÉDICA

<b>Número de página</b>  <b>Párrafo</b>	<b>Página 76 -Apartado “RECOMENDACIONES”</b>  <b>AL DR. MARIO FELIPE RUIZ CUBILLO, EN SU CALIDAD DE GERENTE MÉDICO, O A QUIEN EN SU LUGAR OCUPE EL PUESTO</b>  1. Realizar en conjunto con la Dra. Roxana Usaga Carrasquilla, Directora de Red Integrada de Servicios de Salud Central Norte, un Plan de Trabajo mediante el cual se verifique en forma sistemática el cumplimiento efectivo de la recomendación número Tres del presente informe, dirigida a la Dirección Médica del hospital San Francisco de Asís; con el fin de definir actividades concretas que contribuyan a resolver los riesgos identificados, relacionados con los resultados del estudio que evidencia la importancia de fortalecer el sistema de control interno en la gestión médica y administrativa del centro médico.  Para acreditar el cumplimiento de esta recomendación, se deberá presentar a este Órgano de Control y Fiscalización, en un plazo de <b>un mes</b> , el Plan de trabajo que incluya responsables, actividades, fechas, entre otros que consideren y, en el término de <b>ocho meses</b> , el informe con los resultados de la ejecución del plan efectuado por el equipo.
<b>Observaciones de la Administración sobre el párrafo indicado</b>	Revisado el contenido de los hallazgos del informe y de acuerdo con lo expuesto en el comentario, se propone eliminar la recomendación 3 y unificarla a la recomendación 1, con el fin de trabajar en conjunto, Gerencia Médica, Dirección de Red Integrada de Prestación de Servicios de Salud Central Norte y hospital San Francisco de Asís, en el desarrollo del Plan de trabajo, por lo que le correspondería al hospital ejecutar las acciones de mejora y a la Dirección de Red Integrada de Servicios de Salud Central Norte, verificar el cumplimiento de cada actividad definida en el Plan: La recomendación propuesta es la siguiente:  <b>AL DR. MARIO FELIPE RUIZ CUBILLO, EN SU CALIDAD DE GERENTE MÉDICO, O A QUIEN EN SU LUGAR OCUPE EL PUESTO</b>  1. En coordinación con la Dra. Roxana Usaga Carrasquilla, Directora Regional de la Dirección de Red Integrada de Prestación de Servicios de Salud Central Norte y el Dr. Luis Diego Alfaro Fonseca, Director del Hospital San Francisco de Asís, elaborar un Plan de Acción que contenga al menos actividades, plazos y responsables, con el cuál se permita desarrollar acciones para atender los siguientes puntos señalados en los hallazgos del presente informe:  i. Fortalecer la gestión de la Consulta Externa, en cuanto al tiempo contratado y destinado a la atención directa de los pacientes; uso y aprovechamiento de consultorios médicos; control de la productividad de los profesionales en ciencias médicas; calidad de los datos registrados en el Sistema Identificación



	<p>Agendas y Citas (SIAC), así como depuración de la lista de espera.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>j. Fortalecer la gestión del servicio de Emergencias en cuanto a control y supervisión; tiempos de espera para atención médica; estancias en Observación; capacitación a los profesionales en ciencias médicas; y control de pacientes poli consultantes.</li> <li>k. Valorar la conveniencia de implementar como modalidad alternativa a la hospitalización convencional, el “Hospital de Día”.</li> <li>l. Fortalecer la actividad quirúrgica en cuanto a tiempos de inicio de cirugías, recambio entre procedimientos quirúrgicos; generación y gestión de datos; consistencia en registros; programación y priorización de cirugías.</li> <li>m. Acondicionar el consultorio para lactancia materna y un espacio que funcione a modo de lactario, como medida paliativa mientras se ejecuta el proyecto de construcción.</li> <li>n. Mejorar el proceso de planificación, priorización y adquisición de equipo médico, para lo cual deberá valorarse la creación de una comisión de compras.</li> <li>o. En materia de recursos humanos, ejecutar un plan de mejora de los aspectos evaluados por el Grupo de Apoyo Técnico y sondeo de opinión realizado por esta Auditoría, relacionados con el clima organizacional, así como fortalecer los siguientes aspectos: conformación de lista de elegibles; cumplimiento de requisitos exigidos para el puesto; documentación y justificación que respalde la distribución del tiempo extraordinario, conformación del expediente personal; control de la nómina salarial; gestión del tiempo extraordinario; control de vacaciones y cumplimiento de horarios; así como la supervisión del personal.</li> <li>p. Implementar mecanismos de control interno para mejorar la gestión y administración de los recursos de amparo.</li> </ul> <p>Para acreditar el cumplimiento de esta recomendación, se deberá presentar a este Órgano de Control y Fiscalización, en un plazo de <b>tres</b>, el Plan de Acción requerido; y en el término de <b>nueve meses</b>, un Informe de Avance al cumplimiento del Plan de Acción. Plazo total: 12 meses.</p>
<b>¿Se acoge?</b>	Si ( <input type="checkbox"/> )                      No ( <input type="checkbox"/> )                      Parcial ( x )
<b>Argumentos de la Auditoría Interna</b>	<p>Se acoge los términos de la recomendación, se amplía a <b>tres meses</b> para la elaboración del plan de acción, y se mantiene en los <b>seis meses</b> la entrega del informe de avance al cumplimiento de la recomendación, para un total de <b>9 meses</b>, en virtud de la necesidad de subsanar las debilidades evidenciadas en el presente informe.</p>



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

### OBSERVACIONES AL BORRADOR DEL INFORME “EVALUACIÓN DE LA GESTIÓN MÉDICA Y ADMINISTRATIVA DEL HOSPITAL SAN FRANCISCO DE ASÍS” POR PARTE DE LA DIRECCIÓN DE RED INTEGRADA DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

Número de página	<b>Página 76 -Apartado “RECOMENDACIONES”</b>
Párrafo	<b>AL DR. MARIO FELIPE RUIZ CUBILLO, EN SU CALIDAD DE GERENTE MÉDICO, O A QUIEN EN SU LUGAR OCUPE EL PUESTO</b>  1. Realizar en conjunto con la Dra. Roxana Usaga Carrasquilla, Directora de Red Integrada de Servicios de Salud Central Norte, un Plan de Trabajo mediante el cual se verifique en forma sistemática el cumplimiento efectivo de la recomendación número Tres del presente informe, dirigida a la Dirección Médica del hospital San Francisco de Asís; con el fin de definir actividades concretas que contribuyan a resolver los riesgos identificados, relacionados con los resultados del estudio que evidencia la importancia de fortalecer el sistema de control interno en la gestión médica y administrativa del centro médico.  Para acreditar el cumplimiento de esta recomendación, se deberá presentar a este Órgano de Control y Fiscalización, en un plazo de <b>un mes</b> , el Plan de trabajo que incluya responsables, actividades, fechas, entre otros que consideren y, en el término de <b>ocho meses</b> , el informe con los resultados de la ejecución del plan efectuado por el equipo.
Observaciones de la Administración sobre el párrafo indicado	Revisado en conjunto con la Gerencia Médica, se propone que la Recomendación 1 se lea como sigue:  <b>AL DR. MARIO FELIPE RUIZ CUBILLO, EN SU CALIDAD DE GERENTE MÉDICO, O A QUIEN EN SU LUGAR OCUPE EL PUESTO</b>  1. En coordinación con la Dra. Roxana Usaga Carrasquilla, Directora Regional de la Dirección de Red Integrada de Prestación de Servicios de Salud Central Norte, elaborar un Plan de Seguimiento para verificar el cumplimiento del Plan de Acción requerido por la Auditoría Interna en la Recomendación 3 del presente informe, lo anterior con el fin de evaluar los avances de las actividades concretas presentadas en el Plan de Acción del Hospital.  Para acreditar el cumplimiento de esta recomendación, se deberá presentar a este Órgano de Control y Fiscalización, en un plazo de <b>tres meses</b> , el Plan de Seguimiento requerido; y en el término de <b>nueve meses</b> , un Informe de Avance al cumplimiento del Plan de Acción. <b>Plazo total: 12 meses.</b>
¿Se acoge?	Sí ( )    No ( x )    Parcial ( )
Argumentos de la Auditoría Interna	Las recomendaciones 1 y 3 serán consolidadas para que la Gerencia Médica, en conjunto con la Dirección de Red Integrada de Prestación de Servicios de Salud Central Norte y la Dirección Médica del hospital San Francisco de Asís, elaboren de manera conjunta un plan de acción para subsanar las debilidades descritas en los hallazgos del presente informe, según la propuesta realizada por la Gerencia Médica.



<b>Número de página</b>	<b>Página 76 Y 77- apartado "RECOMENDACIONES"</b>
<b>Párrafo</b>	<p>2.Elaborar un plan de acción, que permita evaluar la utilización y aprovechamiento de los recursos asignados a la Consulta Externa de las áreas de salud de Grecia y Naranjo, específicamente, lo relacionado con las horas médicas asignadas a la atención de pacientes, cupos y sustitución de citas, entre otros que puedan inferir en la saturación del servicio de Emergencias del hospital San Francisco de Asís, según lo descrito en el hallazgo 2 del presente informe. Plazo total: <b>9 meses</b>.</p> <p>Para acreditar el cumplimiento de la presente recomendación, debe remitir a esta Auditoría Interna, en un plazo de <b>un mes</b>, el Plan de Acción que incluya responsables, actividades, fechas, entre otros que consideren y, en el término de <b>ocho meses</b>, un informe donde conste la evaluación realizada en las áreas de salud, con las recomendaciones ejecutadas. Plazo total: <b>9 meses</b>.</p>
<b>Observaciones de la Administración sobre el párrafo indicado</b>	<p>Se propone que la Recomendación 2 se lea como sigue:</p> <p>2.Realizar un análisis sobre las horas utilizadas y el aprovechamiento de los recursos acorde a la capacidad instalada de la Consulta Externa de las Áreas de Salud de Grecia y Naranjo, a fin de revisar los aspectos relacionados con las horas médicas asignadas a la atención de pacientes, cupos y sustitución de citas, entre otros que se estime pertinente, a fin de que se establezcan las medidas correctivas que contribuyan a disminuir el flujo de consultas no urgentes en el Servicio de Emergencias del Hospital San Francisco de Asís.</p> <p>Para acreditar el cumplimiento de la presente recomendación, debe remitir a esta Auditoría Interna, en un plazo de <b>dos meses</b>, el Plan de Acción que incluya responsables, actividades, fechas, entre otros que consideren y, en el término de <b>siete meses</b>, un informe donde conste la evaluación realizada en las áreas de salud. <b>Plazo total: 9 meses</b></p>
<b>¿Se acoge?</b>	Si ( <input checked="" type="checkbox"/> )                      No ( <input type="checkbox"/> )                      Parcial ( <input type="checkbox"/> )
<b>Argumentos de la Auditoría Interna</b>	<p>Se acoge los términos de la recomendación, en el entendido de que establezcan las medidas correctivas para garantizar el aprovechamiento de los recursos asignados a esas áreas de salud y que contribuyan a disminuir el flujo de consultas no urgentes en el servicio de Emergencias del Hospital San Francisco de Asís.</p>